



Data _____

RICHIESTA ASSISTENZA ALL'ASSOCIAZIONE A.N.A.P.A.C.A

Il/La Sig/ra _____

RICHIEDE PER SE STESSO/A

PER IL/LA SIG.RA _____

Il sostegno dei volontari ANAPACA per : Accompagnamento a visite sanitarie e cure mediche

Compagnia

Aiuto per igiene personale

Pratiche burocratiche e commissioni

Trasporto

PRESSO Domicilio

Casa di riposo

Ospedale

Day Hospital

MOTIVO DELLA RICHIESTA: Patologia oncologica

Patologia cronico degenerativa

Condizioni di non autosufficienza

COGNOME E NOME: (della persona da assistere) _____

RESIDENZA: VIA _____ CITTA' _____ CAP _____

TEL. ABITAZIONE/CELL _____ E-mail _____

Nominativo del volontario che riceve la richiesta _____

Data di ricevimento richiesta _____ **data di trasferimento richiesta a referente** _____

Esito richiesta preso in carico: SI in data _____ **NO** motivo _____