

RICHIESTA DI PRESTAZIONE

Dati personali

Cognome e Nome:		
Via / N°	CAP:	Luogo:
Data di nascita:	Stato civile:	
Nazionalità:		
Lingua madre:	Altre lingue:	
Telefono privato:		
Telefono professionale:		
Cellulare:		

Situazione familiare

Marito o moglie:	
Figli/e:	
Fratelli/sorelle:	
Altri contatti significativi (curatela, tutela, AS):	

Formazione e attività professionali

Superiore <input type="checkbox"/>	Apprendistato <input type="checkbox"/>	Senza qualifica <input type="checkbox"/>
Professione:		

Osservazioni:

Esperienza professionale:

Hobbies, interessi personali, capacità e doti particolari:

Stato di salute

Come considera il suo stato di salute?

Malattie:

Medico curante:	
Telefono:	

Aiuti domiciliari:

Tipo di prestazione

Compagnia	<input type="checkbox"/>	Occupazione/gioco	<input type="checkbox"/>	Accompagnamento fuori casa	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

Altro:

Disponibilità

	LU	MA	ME	GIO	VE	SA	DO			
Mattino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ogni settimana	<input type="checkbox"/>	Orario:
Pomeriggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ogni mese	<input type="checkbox"/>	

Altro:

Riceverei volentieri la visita di...

Un uomo	<input type="checkbox"/>	Una donna	<input type="checkbox"/>	Indifferente	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------	--------------------------

Automobile:

Fumatore:

Amante degli animali:

Osservazioni:

Altre informazioni

Com'è venuto/a a conoscenza del Servizio volontariato COV?

Chi è la persona che ha preso contatto con il COV?

Beneficia o ha richiesto l'intervento di un volontario presso altre istituzioni?

Fatturazione

Utente stesso	<input type="checkbox"/>	Altro:	
---------------	--------------------------	--------	--

Al presente formulario è allegato il regolamento del Servizio che confermo di aver letto e mi impegno a rispettare.

Luogo e data

Firma dell'utente o del suo rappresentante legale