

e-mail:	 MISERICORDES Organizzazione Di Volontariato e-mail: segreteria@associazionemisericordes.it	 SERMIG ARSENALE DELLA PACE e-mail: poliambulatorio@sermig.org
---------	---	--

MODULO ACCESSO AMBULATORIO

OPERATIVITA' NEL TERRITORIO: **Unità Pastorale 21 – 22**
CIRCOSCRIZIONE 8

Cognome		Nome	Data nascita
Nato/a a:	Stato	Domicilio	Tessera Sanitaria n°

INVIATO DA:		chi	telefono
	Città della Salute	Reparto:	
	Città della Salute – <i>Servizi sociali</i>	Assist. Sociale:	
	Città della Salute - <i>Cappellania</i>	Cappellano:	
	Servizi sociali: <i>c.so Corsica 55</i>	Assist. Sociale:	
	Servizi sociali: <i>via Vado 2</i>	Assist. Sociale:	
	Servizi Sociali:		
	Parrocchia: <i>Patrocinio S. Giuseppe</i>	Sac.	
	Parrocchia:	Sac.	
	Centro Ascolto: <i>Caritas Patrocinio</i>	Operatore:	
	Centro Ascolto:	Operatore:	
	Medico di Medicina di Base	Medico:	
	Pediatra di Libera scelta	Medico:	
	Centro ISI	Operatore:	
	Terzo Settore	Operatore	
	Sermig:	Operatore:	
	Cottolengo:	Operatore:	

SERVIZIO RICHIESTO:

Descrizione dei bisogni sanitari espressi dalla persona e/o familiare:

Descrizione dei bisogni assistenziali/di accompagnamento espressi dalla persona e/o familiare:

Da consegnare all'atto della presentazione presso l'Ambulatorio. Data: Timbro e Firma Committente
Non possono accedere persone autocandidate.

Il paziente in oggetto acconsente alla comunicazione dei propri dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, da parte del committente ai destinatari che erogheranno la prestazione.	Firma de Paziente
--	-------------------