



Mairano



ACB SERVIZI S.R.L.

VIA CRETA, 42 - 25124 BRESCIA  
TEL. 030.22.00.11 - 030.24.27.295  
FAX 030.22.00.41 - 030.24.77.935  
info@acbservizi.it - www.acbservizi.it

## SCHEDA PER RICHIESTA DI ALLACCIAMENTO UTENZA INVIATA DAL COMUNE DI MAIRANO

tel. 030 97 51 22 – fax. 030 99 75 032

### 1) DATI ANAGRAFICI UTENTE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Cognome da Coniugata \_\_\_\_\_

Nato /a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### 2) DATI ANAGRAFICI CONVIVENTE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Cognome da Coniugata \_\_\_\_\_

Nato /a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

Altro Recapito Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### 3) DATI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE PER L'ALLACCIAMENTO

#### a) Persona da contattare per l'attivazione (parenti, vicini, ecc.)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

#### b) Assistente Sociale Responsabile del caso

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

#### c) Medico di base

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Abitazione \_\_\_\_\_ Ambulatorio \_\_\_\_\_

Altri recapiti \_\_\_\_\_

#### 4) ALTRI DATI DI CUI SAREBBE UTILE LA COMUNICAZIONE (non obbligatoria)

##### a) Nominativi Potenziali Soccorritori (parenti, vicini, amici ecc)

\*C : evidenziare con SI O NO chi ha le chiavi

\*PRIORITA': segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza.

COGNOME E NOME	VIA	PAESE	TEL. ABITAZIONE	TEL. UFFICIO	C*	PRIORITÀ*

##### Assistenza domiciliare/infermieristica

COGNOME E NOME	GIORNO E ORARI DI PRESENZA DALL'UTENTE	TEL. ABITAZIONE	TEL. UFFICIO	CHIAVI	ENTE

##### b) Parrocchia di appartenenza

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

##### c) Patologie utente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### d) Patologie convivente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### e) Altre segnalazione e/o telefoni utili

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_