



OASI SANT'ANTONIO

RICHIESTA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

*Al Direttore dell'Oasi Sant'Antonio
Via dei Cipressi, 98023 Furci Siculo (ME)*

Il/La Sottoscritto/a _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: ____/____/____

RICHIEDE

- per se stesso
- in nome e per conto dell'Utente _____

- Visita Specialistica
- N___ prestazioni riabilitative a settimana per ____ settimane
- Consulenza specialistica di neuroriabilitazione cognitiva e psico-sociale (martedì – giovedì)
- ECG (elettrocardiogramma)
- EcoDoppler
- Ecografia
- N ___ore a settimana -assistenza infermieristica personalizzata, per ____ settimane
- N ___ore a settimana - assistenza personalizzata – (personale osa) per ____ settimane
- Servizio parrucchiere/barbiere
- Servizio manicure/pedicure
- Servizio di trasporto (entro i 5 Km)
- Servizio di trasporto (oltre i 5 Km)

DICHIARA

- Di aver preso visione del Tariffario per le prestazioni aggiuntive
- Di provvedere al pagamento del costo mensile per le prestazioni richieste ed effettuate

_____, li ____/____/____

Firma del/della richiedente