



Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia) - realemutua@pec.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Cod. Fiscale 00975360018 e N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 606 dell'Albo dei gruppi assicurativi

**QUESTIONARIO  
STRUTTURE E SERVIZI  
SANITARI**  
Ed. 09/2020

**SEZIONE 1 - DATI ANAGRAFICI**

Tabella 1.1

Ragione Sociale:	SALERNO SOLIDACE SPA
Forma Giuridica:	SOCIETA' X AZIONI PARTECI PATA
P.IVA o Codice Fiscale:	03808030652
Anno di Costituzione:	1997
Indirizzo Sede Legale:	VIA B.D. VESTITI S.N.C.
Indirizzo Sede Operativa:	CASA ALBERGO IMMACOLATA COLLEZIONE LANGO G-2 via n° 12
Indirizzo Eventuali Sedi Secondarie:	
Sito Internet:	

**SEZIONE 2 - IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO**

Tabella 2.1 - Selezionare l'identificazione corretta e compilare un allegato per ogni tipologia di struttura  
N.B. E' prevista l'elencazione di sole strutture con natura giuridica privata

<input type="radio"/>	Ambulatorio di Radiologia e Diagnostica per Immagini	Compilare anche l'Allegato 5
<input type="radio"/>	Associazione di Volontariato	Compilare anche l'Allegato 4 punto 2
<input type="radio"/>	Azienda Ospedaliera Privata	Compilare anche l'Allegato 3 e l'Allegato Covid 19
<input checked="" type="radio"/>	Casa Albergo	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Casa di Cura privata - Clinica Privata	Compilare anche l'Allegato 3 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Casa di Riposo	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Casa Famiglia	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Centro di Recupero da Tossicodipendenze	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Centro Diurno	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Centro Fisioterapico	Compilare anche l'Allegato 4 punto 3
<input type="radio"/>	Centro Odontoiatrico - Clinica Dentale	Compilare anche l'Allegato 4 punto 5
<input type="radio"/>	Clinica Veterinaria	Compilare anche l'Allegato 4 punto 1
<input type="radio"/>	Comunità Alloggio	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Comunità Educativo Riabilitative	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Consultorio Familiare - Consultorio Materno Infantile	Compilare anche l'Allegato 4 punto 4
<input type="radio"/>	Laboratorio di Analisi Cliniche	Compilare anche l'Allegato 2
<input type="radio"/>	Pollambulatorio	Compilare anche l'Allegato 2
<input type="radio"/>	Residenza Assistenziale	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Residenza Assistenziale Flessibile - R.A.F.	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Residenza Sanitaria Assistenziale - R.S.A.	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Società o cooperativa di Infermieri	Compilare anche l'Allegato 4 punto 6 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Società o cooperativa di operatori socio sanitario (o.s.s.)	Compilare anche l'Allegato 4 punto 6 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Struttura Residenziale Psichiatrica	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="radio"/>	Altro (specificare)	

**2.2 - Tracciabilità dei flussi finanziari**

Il Contraente è soggetto agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. in qualità di committente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	--

**SEZIONE 3 – NOTIZIE ASSICURATIVE**

3.1 - Il rischio è attualmente assicurato?  Sì  No (compilare punto 3.6 e seguenti)

3.2 - Con quale Compagnia? .....

3.3 - Data di decorrenza e scadenza della polizza: decorrenza ...../...../..... scadenza ...../...../.....

3.4 - Premio annuo comprensivo di imposte: euro .....

3.5 - Motivo della cessazione della polizza:  
 Disdetta da parte del Richiedente  
 Disdetta da parte della Compagnia di cui al punto 3.2  
 Mancato rinnovo da parte della Compagnia di cui al punto 3.2  
 Scadenza naturale

3.6 – Massimale RCT/O richiesto:

1 ML	1,5 ML	2 ML	2.5 ML	3 ML	5 ML	Altro .....
------	--------	------	--------	------	------	----------------

3.7 – Sinistri

**N.B:** col termine di "Sinistro RCT" si intende: "La richiesta di risarcimento di danni per i quali è prestata l'assicurazione"

3.7.1 - Nell'ultimo quinquennio si sono verificati sinistri o comunque vi sono state richieste di risarcimento da parte di terzi?	<input type="radio"/> Sì (compilare punto 3.8) <input type="radio"/> No
3.7.2 - Alla data di compilazione del presente questionario il Richiedente è a conoscenza di fatti, circostanze o situazioni che possono determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi?	<input type="radio"/> Sì (compilare punto 3.8) <input type="radio"/> No
3.7.3 - Il richiedente è a conoscenza di procedimenti penali instaurati nei confronti di propri collaboratori, liberi professionisti o dipendenti, per morte o lesioni subite dai pazienti?	<input type="radio"/> Sì (compilare punto 3.8) <input type="radio"/> No

3.8 - Indicare di seguito ulteriori dettagli sulle richieste di risarcimento ricevute o sulle circostanze note.

Allegare il materiale utile alla valutazione dell'accaduto avendo cura di eliminare i dati soggetti a trattamento speciale (ex dati sensibili).

Data evento	Data richiesta di risarcimento	Fatto	Importo richiesta	Importo liquidato

**SEZIONE 4 – RISK MANAGEMENT**

4.1 - È presente una funzione di risk management dedicata all'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
In caso di risposta negativa indicare i tempi previsti per l'attuazione	

4.2 - L'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario è costante, documentata, con piani di prevenzione e obiettivi annuali?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, da che anno è disponibile la documentazione	.....

4.3 - E' presente un sistema di incident reporting e di relativa reportistica periodica? (monitoraggio eventi sentinella)		O Si    O No		
Se si, indicare la periodicità della reportistica		O meno di sei mesi O più di sei mesi		
4.4 - Sono state realizzate le azioni suggerite dalle raccomandazioni agli operatori elaborate dal Ministero della Salute?		O Si    O No		
Se si, indicare per quali raccomandazioni				
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</li> <li><input type="checkbox"/> 11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)</li> <li><input type="checkbox"/> 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"</li> <li><input type="checkbox"/> 13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</li> <li><input type="checkbox"/> 14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</li> <li><input type="checkbox"/> 15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso</li> <li><input type="checkbox"/> 16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso&gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</li> <li><input type="checkbox"/> 17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> 18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</li> </ul> </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</li> <li><input type="checkbox"/> 11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)</li> <li><input type="checkbox"/> 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"</li> <li><input type="checkbox"/> 13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</li> <li><input type="checkbox"/> 14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</li> <li><input type="checkbox"/> 15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso</li> <li><input type="checkbox"/> 16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso&gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</li> <li><input type="checkbox"/> 17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> 18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</li> <li><input type="checkbox"/> 11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)</li> <li><input type="checkbox"/> 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"</li> <li><input type="checkbox"/> 13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</li> <li><input type="checkbox"/> 14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</li> <li><input type="checkbox"/> 15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso</li> <li><input type="checkbox"/> 16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso&gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</li> <li><input type="checkbox"/> 17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> 18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</li> </ul>			

#### SEZIONE 5 – PARAMETRI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

N.B. Compilare obbligatoriamente tutti i campi, dove non ci sono valori da inserire indicare "0" (zero)

Tabella 5.1

Fatturato al 31/12 dell'ultimo esercizio concluso (anno .....):	€
Fatturato al 31/12 dell'anno precedente (anno .....):	€

Inserire dati riferiti al 31/12 dell'ultimo esercizio concluso	Dipendenti		Non dipendenti	
Retribuzioni/compensi personale medico	€		€	
Numero medici	n.		n.	
Retribuzioni/compensi personale infermieristico	€		€	
Numero infermieri	n.		n.	
Retribuzioni/compensi operatori socio sanitari	€		€	
Numero operatori socio sanitari	n.		n.	
Retribuzioni/compensi altro personale (personale amministrativo, addetti mense, addetti pulizie, ecc.)	€		€	
Retribuzioni/compensi totali	€		€	

Numero posti letto (da compilare per strutture che effettuano il ricovero, anche diurno)	n.
Estensione della garanzia alla responsabilità personale del Direttore Sanitario	O Si      O No O Incarico non presente
Se sì, indicare il nominativo .....	
Estensione della garanzia alla "Colpa grave - RC personale dei dipendenti"?	O Si      O No

La sottoscrizione del presente Questionario e dei relativi allegati non impegna il Richiedente alla stipulazione della polizza d'assicurazione. Qualora la polizza fosse emessa, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante dello stesso. Il Richiedente riconosce che le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario risultano conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Se tra la data di compilazione del presente Questionario e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Richiedente si impegna a darne tempestiva comunicazione a Reale Mutua, che avrà diritto di ritirare, modificare o confermare la propria proposta.

Data di compilazione

Timbro e Firma del Richiedente

Nome e Cognome .....

.....

.....

Carica ricoperta .....



ALLEGATO UNO

Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato "Casa di Riposo", "Casa Famiglia", "Casa Albergo", "Centro di Recupero da Tossicodipendenze", "Centro Diurno", "Comunità Alloggio", "Comunità Educativo Riabilitative", "Residenza Assistenziale", "Residenza Assistenziale Flessibile - R.A.F.", "Residenza Sanitaria Assistenziale - R.S.A.", "Struttura Residenziale Psichiatrica".

1 - Informazioni Specifiche

1.1 - La struttura è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale?	O SI O No
1.2 - Capienza massima di assistiti	n. 54 %
1.3 - Percentuale di assistiti non-autosufficienti	
1.3 - Nella struttura è presente un nucleo protetto per malati di Alzheimer o per persone affette da gravi decadimenti cognitivi?	O SI <input checked="" type="checkbox"/> O No
Se sì, indicare il numero massimo di assistiti	n.
1.4 - Nella struttura sono effettuate prestazioni mediche?	<input checked="" type="checkbox"/> O SI O No
Se sì, di quale natura? (descrivere) INTERVENI A CURA IN SPECIALISTI ESTERNI	
1.5 - Nella struttura sono effettuate fisioterapia?	O SI O No
1.6 - La sorveglianza sugli assistiti è svolta 24 ore su 24?	<input checked="" type="checkbox"/> O SI O No
1.7 - E' consentita la libera uscita degli assistiti dalla struttura?	<input checked="" type="checkbox"/> O SI O No
1.8 - La struttura è proprietaria dei fabbricati dove si svolge l'attività?	<input checked="" type="checkbox"/> O SI O No
1.9 - Gli arredi, i mezzi di chiusura, le scale, le strutture di sostegno (maniglie, mancorrenti, ecc.), i pavimenti, gli allarmi, i servizi igienici, sono conformi alle norme di sicurezza vigenti in relazione all'attività della struttura?	<input checked="" type="checkbox"/> O SI O No
1.10 - Risultano attività prive o per le quali è in corso la relativa domanda di autorizzazione ai sensi di legge per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione?	<input checked="" type="checkbox"/> O SI O No
Se sì, specificare quali: RICHIESTA HOBOLO RSA	
1.11 - La struttura è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla legge per l'esercizio delle attività svolte?	<input checked="" type="checkbox"/> O SI O No
In caso di risposta negativa indicare i termini per l'attuazione	
1.12 - Ai fini del corretto utilizzo delle apparecchiature elettromedicali sono previste procedure scritte per il personale addetto?	O SI <input checked="" type="checkbox"/> O No
1.13 - La manutenzione delle apparecchiature elettromedicali è:	O Incidentale O Periodica
Se periodica, ogni quanto tempo?	O 3 - 6 mesi O 6 - 12 mesi O 12 - 24 mesi O oltre

ALLEGATO COVID-19

Alla data di compilazione del questionario:

1. La struttura ha messo in atto tutte le misure di prevenzione e protezione imposte dalle direttive nazionali e regionali o dalle Autorità competenti per l'emergenza Covid-19?		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No (vedi Nota 1)
Se sì, da quale data?		
2. La struttura ha predisposto un piano/procedura scritta di gestione del paziente affetto da malattie infettive da contagio?		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Se sì, da quale data?		
3. La struttura può isolare i pazienti qualora sia confermata o sospetta l'infezione?		<input checked="" type="radio"/> SI (stanza singola) <input type="radio"/> SI (stanza con raggruppamento pazienti con stessa patologia) <input type="radio"/> SI (trasferimento in strutture dedicate già individuate) <input type="radio"/> SI (altro specificare) ..... ..... <input type="radio"/> No
4. La struttura ha eseguito un programma di formazione specifico del personale sanitario e di assistenza?		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
5. Nella struttura sono presenti reparti specificamente dedicati a pazienti positivi al Covid-19?		<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No
Se sì, quanti posti letto sono disponibili?		
Se sì, il personale presente in tali reparti presta la sua opera anche in altri reparti?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
6. La struttura ospita o ha ospitato pazienti positivi al Covid-19?		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Se sì, quanti?		
7. La struttura ha o ha avuto prestatori di lavoro positivi al Covid-19?		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Se sì, quanti?		
8. Nella struttura ci sono stati casi di pazienti o di prestatori di lavoro deceduti per Covid-19?		<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No (vedi Nota 2)
Se sì, quanti pazienti?		
Se sì, quanti prestatori di lavoro?		
9. Indicare il numero di pazienti deceduti in totale (indipendentemente dalla causa)	Anno in corso	n..... 8
	Medesimo periodo Anno precedente	n..... 1
10. La struttura è stata sottoposta ad ispezione da parte delle Autorità giudiziarie e/o sanitaria negli ultimi 12 mesi?		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Se sì, sono state accertate violazioni in materia di prevenzione/sicurezza?		<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No (vedi Nota 2)
11. La struttura ha aderito ad accordi di collaborazione con Regione o Comuni per accogliere pazienti positivi al Covid-19 trasferiti da altre strutture sanitarie o assistenziali?		<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No
Se sì, quanti pazienti sono stati trasferiti nella struttura?		

Nota 1. In caso di risposta negativa Reale Mutua non fornisce quotazione del rischio.

Nota 2. In caso di risposta positiva Reale Mutua non fornisce quotazione del rischio.

Data di compilazione

Timbro e Firma del Richiedente

Nome e Cognome .....

Carica ricoperta .....

<b>1.14 - Nella struttura sono svolti servizi trasfusionali? (raccolta, analisi, preparazione, conservazione o trasfusione del sangue o dei suoi componenti)</b>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No																		
Se Sì, specificare quali																			
<b>1.15 - La struttura si avvale stabilmente di società terze per l'esercizio di determinate attività quali l'assistenza ai pazienti, il servizio di ristorazione, di pulizia dei locali, ecc.?</b>	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No																		
<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="220 622 363 651">Se sì, indicare:</th> <th data-bbox="400 622 544 651">Tipo di Attività</th> <th data-bbox="756 611 1171 640">nominativo del soggetto erogante il servizio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Se sì, indicare:	Tipo di Attività	nominativo del soggetto erogante il servizio	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Se sì, indicare:	Tipo di Attività	nominativo del soggetto erogante il servizio																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	

**NOTA BENE: Si ricorda di compilare anche l'Allegato Covid 19**

Luogo e data di compilazione

.....

Firma del Richiedente

.....