H-Open Day Salute Mentale

10 ottobre 2018

**ATTENZIONE: L’ADESIONE DEVE ESSERE INVIATA TRAMITE IL SITO** [**WWW.BOLLINIROSA.IT**](http://WWW.BOLLINIROSA.IT) **/AREA RISERVATA OSPEDALI INSERENDO I DATI RICHIESTI NEL PRESENTE MODULO. SI PREGA DI NON INVIARE COPIE CARTACEE O VIA MAIL**

# FACSIMILE MODULO DI ADESIONE (DA COMPILARE SUL SITO WWW.BOLLINIROSA.IT)

**Prima parte entro lunedì 31 luglio 2018**

## Struttura ospedaliera (dati precompilati – verificare che le informazioni sul sito siano corrette)

* Nome della struttura
* Indirizzo
* Cap
* Comune
* Provincia
* Regione
* Telefono

## Dati referente Bollini Rosa per comunicazioni successive

* Nome
* Cognome
* Numero di telefono
* Email

## Dati spedizione dei materiali

* Nome della struttura:
* Indirizzo
* Numero
* CAP
* Comune
* Provincia
* Nome e cognome per il ritiro dei materiali
* Recapito telefonico del referente per il ritiro

**Seconda parte entro giovedì 20 settembre 2018**

**Iniziativa/e offerta/e**

* Referente del servizio (ad uso esclusivo di Onda, i dati non saranno visibili al pubblico)
	+ Nome:
	+ Cognome:
	+ Numero di telefono diretto:
	+ Email:
	+ Numero di cellulare:
* Tipologia di servizio offerto: (N.B.: è possibile offrire uno/più tipologie di servizio esclusivamente nella giornata del 10 ottobre)
	+ **Incontro aperto alla popolazione**
		- Titolo: (SPECIFICARE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - data: 10/10/2018

* Orario: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AULA/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL’OSPEDALE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Visite**
		- Tipologia (es. visite psichiatriche, colloqui psicologici, sportelli di ascolto, ecc.): (SPECIFICARE)
* Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - data: 10/10/2018

* Orario: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL’OSPEDALE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Prenotazione obbligatoria:
		- Sì (se sì specificare il numero di telefono)
			* Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
			* Note (in questo campo specificare eventuali orari per telefonare, o altro utile per l’utente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - No
	+ **Esami**
		- Tipologia (es. test di screening, test di autovalutazione dei disturbi dell’umore e dell’ansia, questionari di valutazione del rischio di depressione nei cicli vitali della donna, questionari di valutazione dei disturbi del comportamento alimentare ecc.): (SPECIFICARE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - Data: 10/10/2018

* Orario: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL’OSPEDALE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Prenotazione obbligatoria:
		- Sì (se sì specificare il numero di telefono)
			* Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
			* Note (in questo campo specificare eventuali orari per telefonare, o altro utile per l’utente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - No
	+ **Altre attività** (es. distribuzione di materiale informativo, presentazione dell’attività del Centro, ecc.) SPECIFICARE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - data: 10/10/2018

* Orario: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO/PIANO/AULA E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL’OSPEDALE)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Prenotazione obbligatoria:
		- Sì (se sì specificare il numero di telefono)
			* Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
			* Note (in questo campo specificare eventuali orari per telefonare, o altro utile per l’utente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - No