**(H) Open Day Salute Mentale**

**10 ottobre 2018**

**FACSIMILE MODULO SERVIZI OFFERTI**

**ATTENZIONE:**

**IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO online sul sito** [**www.bollinirosa.it**](http://www.bollinirosa.it) **: gli ospedali che non fanno parte del network Bollini Rosa, una volta compilata la prima parte del modulo, riceveranno una password e le indicazioni per compilare il modulo relativo ai servizi.**

**Gli ospedali che fanno parte del network devono accedere all’area riservata sul sito** [**www.bollinirosa.it**](http://www.bollinirosa.it)

**Prima parte entro lunedì 31 luglio 2018**

**Presidio/Dipartimento**

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

**Dati referente per comunicazioni successive da parte di Onda (questi dati non saranno visibili al pubblico)**

* Nome
* Cognome
* Numero di telefono
* Email

**Dati spedizione dei materiali (per ricevere i materiali promozionali dell’Open Day)**

* 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