

# H-Open Day Salute Mentale

## 10 ottobre 2019

**ATTENZIONE: L'ADESIONE DEVE ESSERE INVIATA TRAMITE IL SITO [WWW.BOLLINIROSA.IT](http://WWW.BOLLINIROSA.IT) /AREA RISERVATA OSPEDALI, UTILIZZANDO LA PASSWORD RELATIVA AL BIENNIO 2018-2019 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](http://WWW.BOLLINIROSA.IT))*

**Prima parte entro GIOVEDÌ 29 AGOSTO 2019**

*Struttura ospedaliera (questa parte è precompilata. PREGO verificare che le informazioni riportate siano corrette. Se non corrette scrivere una mail a [a.arlati@ondaosservatorio.it](mailto:a.arlati@ondaosservatorio.it))*

- 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

**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: 10/10/2019*
- *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).*

---

- *Specificare il numero di visite che saranno effettuate: \_\_\_\_\_  
(N.B. questo dato servirà a Onda per il report finale dell'iniziativa e non sarà visibile al pubblico).*

- *data: 10/10/2019*

- *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).*

\_\_\_\_\_

- *Specificare il numero di esami che saranno effettuati: \_\_\_\_\_  
(N.B. questo dato servirà a Onda per il report finale dell'iniziativa e non sarà visibile al pubblico).*

- *Data: 10/10/2019*

- *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 Dipartimento/Unità, ecc.) SPECIFICARE
- 

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

- *data: 10/10/2019*

- *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*