



DOMANDA DI INSERIMENTO

alla Lista d'attesa Ambulatoriale del Centro di Riabilitazione

Roma,

Il sottoscritto

Genitore Tutore .

di (dati Richiedente)

Cognome Nome

Luogo Data di nascita (gg/mm/aa)/...../.....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a (Se residente a Roma indicare il Municipio)

in Via/P.zza n.

Tel. cell.

ASL

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Genitori: viventi SI NO specificare:

.....

sposati conviventi separati .

Professione padre

Professione madre

Tutela legale SI NO Se si :

Nome tutore

Indirizzo.....

Tel.



Frequenta la scuola materna elementare media .

Nome della Scuola

Sostegno SI NO .

Legge 104/92 comma 1 .

comma 3 .

Inviato da Servizio specialistico territoriale (ASL)

Servizio specialistico ospedaliero

Specialista privato

Su richiesta del pediatra di base

Valutazione SI (specificare dove)

NO .

Ha effettuato trattamenti riabilitativi SI NO se si:

In ASL .

In Altra Struttura Accreditata (specificare dove)

Privatamente .

(periodo) dal/...../..... al/...../.....

Ha effettuato le vaccinazione di legge SI ALCUNE .

(specificare)

NO .

(motivi)

Altre patologie

Terapia farmacologica SI (specificare)

.....

NO .



CHIEDE CHE

IL PROPRIO FIGLIO TUTELATO AMMINISTRATO .

VENGA INSERITO NELLA LISTA D'ATTESA DI CODESTO CENTRO DI RIABILITAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE

PER TERAPIA LOGOPEDICA .

TERAPIA PSICOMOTORIA .

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI (barrare la casella corrispondente):

- Consenso al trattamento dei dati anche sensibili (è predisposto uno stampato contenente l'informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/2016)
 - Prescrizione dello specialista di struttura pubblica o dello specialista privato con diagnosi (allegare fotocopia) **obbligatoria**
 - Fotocopia della valutazione effettuata
 - Fotocopia del documento del richiedente
 - Fotocopia della Tessera Sanitaria
 - Fotocopia del Codice fiscale
- } **obbligatoria**

cognome e nome della/e persona/e referenti per il richiedente (allegare copia documento)

.....

e suo/loro recapito telefonico e/o dell'indirizzo mail

.....

In fede

(firma dell'esercente/i la patria potestà o del tutore)

.....