



DOMANDA di

Prot.

SCelta STRUTTURA PER RIABILITAZIONE

Fascicolo

Data

n.

Assistito Nato a Il

Residente a Via n.

Codice Fiscale..... Telefono.....

Richiedente Nato a Il

Residente a Via n.

Telefono..... Cellulare.....

in qualità di: familiare tutore delegato altro.....

CHIEDE

per il proprio familiare

per se stesso

AUTORIZZAZIONE PER TRATTAMENTO RIABILITATIVO

AMBULATORIALE

Presso

SEMIRESIDENZIALE

Presso

RESIDENZIALE

Presso

DOMICILIARE

Presso

ALLEGA ALLA PRESENTE

Proposta specialistica di trattamento riabilitativo redatta da struttura pubblica

Dimissione ospedaliera con proposta di trattamento riabilitativo

Il sottoscritto acconsente, per sé oppure in qualità di delegato, al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente (D.lgs n. 196/2003)

Data.....

Firma