



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