

Spett.le Fondazione Onlus  
Mons. "A. Mazzali"  
Via Trento n.10  
46100 Mantova

OGGETTO: DOMANDA PER PRESTAZIONI RIABILITATIVE DA EROGARSI TRAMITE  
CENTRO CONVENZIONATO AI SENSI DELL'ART. 26 - LEGGE 833/78

Per Il/la Sig/ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Iscritto al Servizio Sanitario Nazionale - Tessera n° \_\_\_\_\_

Proveniente da:

- Ospedale
- Abitazione
- Altro

Si chiede: trattamento riabilitativo con degenza a tempo pieno presso la Vostra struttura.

---

PARTE RISERVATA AI FAMILIARI

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

consapevole che il ricovero è a termine, si impegna a provvedere al proprio congiunto all'atto della dimissione.

Firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- Impegnativa redatta su Ricettario Regionale
- Scheda clinica di accesso in struttura geriatrica di Riabilitazione
- Fotocopia tessera sanitaria, esenzione ticket, codice fiscale, documento d'identità.
- Certificato di residenza o autocertificazione attestante la residenza.

"Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D.Lgs. 196/03 sulla privacy. In relazione a tale trattamento potete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7, contattandoci agli usuali recapiti."