

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 FAMIGLIARI

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Tel. _____ Cellulare _____

Grado di parentela _____

Consapevole che la permanenza della domanda in graduatoria sarà per un massimo di tre mesi e che l'eventuale 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**
- Certificato di residenza o autocertificazione attestante la residenza**
- Fotocopia tessera sanitaria, esenzione ticket, codice fiscale, documento d'identità.**

“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.”