

**OGGETTO: DOMANDA DI RICOVERO IN UNITA' DI CURE INTERMEDIE
GIA' RIABILITAZIONE EX ART.26 LEGGE 833/78.**

Per il/la Sig./ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel. _____ Cellulare _____

Codice Fiscale _____

Stato Civile _____ Scolarità _____

Proveniente da: **Ospedale** **Abitazione** **Altro** _____

PARTE RISERVATA AI FAMIGLIARI

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Tel. _____ Cellulare _____

Grado di parentela _____

Dichiara che il Sig./ra _____ **NON ha usufruito** di altri ricoveri riabilitativi, per lo stesso evento indice, durante l'anno solare, presso questa od altre strutture socio-sanitarie accreditate;

Pertanto allega:

- Impegnativa redatta su Ricettario Regionale
- Scheda Unica di Invio e Valutazione per ricovero in Unità di Cure Intermedie
- Certificato di residenza o autocertificazione attestante la residenza
- Fotocopia tessera sanitaria.

La domanda di ricovero sarà valida per tre mesi, rinnovabile una volta soltanto per ulteriori tre mesi, dalla presentazione della nuova Scheda Unica di Invio e Valutazione.

Data _____

Firma _____