



Azienda Sanitaria Provinciale Messina
Via Giuseppe La Farina, 263/n
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

Istanza di trattamento riabilitativo

Il/la sottoscritto/a Cognome

Nome

.....
nato/a

.....
data di nascita

.....
 Padre

Madre

Tutore

Parente

Nell'interesse di (cognome)

(nome)

.....
dichiara ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 che,

l'assistito/a è nato/a a:

il

residente in

.....
Via

.....
in atto domiciliato

.....
recapiti telefonici

.....
Chiede l'inserimento presso: Centro ASP Centro Convenzionato con l'ASP di Messina

Dichiara:

1)	di avere già effettuato trattamento riabilitativo presso centro ASP o Convenzionato	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
2)	di essere già in trattamento o in lista d'attesa presso altre strutture	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3)	di aver avanzato richiesta per Assistenza Domiciliare Integrata (o già ne beneficia)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Delega eventualmente, che sia data comunicazione relativa allo stato di salute del e al ritiro dell'autorizzazione che riguarda i seguenti nominativi

Allega alla richiesta:

- Certificato specialistico di struttura pubblica o relazione di dimissione da presidio ospedaliero o richiesta di proroga accompagnata da necessaria relazione (devono contenere diagnosi, piano terapeutico in ex art. 26 L.883, trattamento settimanale e durata dello stesso)
- Attestazione benefici Legge 104 o copia della domanda per il riconoscimento della stessa
- Fotocopia del codice fiscale del paziente
- Fotocopia del documento di identità di chi compila la domanda (in caso di minore)
- Dichiara di aver avuto il consenso su quanto sopra da parte dell'altro genitore

Il sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a sulle finalità di trattamento dei dati personali, della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione e ai fini della stessa, per scopi strettamente necessari alle attività sanitarie.

Dichiara altresì di essere stato/a informato/a e di autorizzare la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96.

Luogo e data

Il Dichiarante