



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 a

il

residente in

via

telefono

email

Nella qualità di: (inserire grado di parentela)

Nell'interesse di: (inserire cognome e nome dell'assistito)

### CHIEDE

- l'inserimento dell'assistito presso:

Centro ASP Messina

Centro convenzionato con ASP Messina

a tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, il sottoscritto, consapevole in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondente al vero, delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR 445/2000,

### DICHIARA

- che l'assistito/a è

nato/a a

il

residente in

via

in atto domiciliato/a in

via

Sì  No - di avere già effettuato trattamento riabilitativo presso centro ASP o convenzionato (indicare centro e scadenza)

Sì  No - di essere già in trattamento o in lista d'attesa presso altre strutture

Sì  No - di aver avanzato richiesta per Assistenza Domiciliare Integrata (o già ne beneficia)

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 ex art. 26 legge 883/1978, trattamento settimanale e durata dello stesso)
- Attestazione benefici legge 104/92, o o copia della domanda per il riconoscimento della stessa
- Fotocopia del codice fiscale del paziente
- Fotocopia del documento d'identità di chi compila la domanda (in caso di minore)
- Dichiaro di aver avuto il consenso su quanto sopra da parte dell'altro genitore

Luogo e Data

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_