



Modello B – Istante maggiorenne

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Cap _____ Via _____

Recapiti tel. _____ cell. _____

e-mail _____

che ha presentato domanda per il riconoscimento di invalidità in data _____ (*)

già sottoposto ad accertamento di invalidità (*)

chiede

di essere accolto presso il Centro Ambulatoriale di Riabilitazione. E' consapevole che tale richiesta comporta la presa in carico riabilitativa globale dell'assistito come previsto dalle normative regionali vigenti (D.G.R. 1889 del 27/05/97 e 2991 del 04/08/98).

Dichiara di non essere assistito/a da altro centro di cura pubblica o accreditato e si impegna a:

- 1. non richiedere assistenza pubblica o privata ad altre strutture sanitarie senza il parere della Direzione Sanitaria del Centro Riabilitativo;**
2. consegnare la fotocopia della documentazione medica di cui è in possesso (cartelle cliniche, referti di esami strumentali e di laboratori, ecc.);
3. far sottoporre l'assistito/a a tutti i controlli medici e strumentali e a tutte le terapie riabilitative prescritte dai medici dell'equipe medica del Centro.

E' consapevole che il mancato rispetto di tali norme, senza giustificato motivo, sospenderà il diritto ad usufruire delle prestazioni.

Data, _____

Firma

In particolare il sottoscritto è consapevole che **la presa in carico contemporanea presso altre strutture riabilitative accreditate dal SSN comporterà l'immediato decadere del percorso riabilitativo intrapreso presso questo Centro.**

Data, _____

Firma

(*) che si allega in copia.





Modello A – Istante minorenni o non in grado di compilare il modulo

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di : - padre - madre - _____
(Indicare tipologia parentela)
chiede che

il _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Cap _____ Via _____

Recapiti tel. _____ cell. _____

e-mail _____

che ha presentato domanda per il riconoscimento di invalidità in data _____ (*)

già sottoposto ad accertamento di invalidità (*)

sia accolto presso il Centro Riabilitativo Ambulatoriale di Riabilitazione. E' consapevole che tale richiesta comporta la presa in carico riabilitativa globale dell'assistito come previsto dalle normative regionali vigenti (D.G.R. 1889 del 27/05/97 e 2991 del 04/08/98).

Dichiara che il sig. _____ non è assistito/a da altro centro di cura pubblica o accreditato e si impegna a:

1. **non richiedere assistenza pubblica o privata ad altre strutture sanitarie senza il parere della Direzione Sanitaria del Centro Riabilitativo**;
2. consegnare la fotocopia della documentazione medica di cui è in possesso (cartelle cliniche, referti di esami strumentali e di laboratori, ecc.);
3. far sottoporre l'assistito/a a tutti i controlli medici e strumentali e a tutte le terapie riabilitative prescritte dai medici dell'equipe medica del Centro.

E' consapevole che il mancato rispetto di tali norme, senza giustificato motivo, sospenderà il diritto ad usufruire delle prestazioni.

Data, _____ Firma _____

In particolare è consapevole che **la presa in carico contemporanea presso altre strutture riabilitative accreditate dal SSN comporterà l'immediato decadere del percorso riabilitativo intrapreso presso questo Centro.**

Data, _____ Firma _____

(*) che si allega in copia.