

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO

Modello B – Istante
maggiorenne

(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Cap _____ Via _____

Recapiti tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Recapito eventuale familiare o caregiver a cui possiamo fare riferimento in caso di necessità

cell _____ e-mail _____

già in possesso della ricevuta di presentazione di domanda di invalidità civile (**allegare copia**)

oppure

già in possesso di certificato di invalidità civile. (**allegare copia**)

chiede

- di essere accolto presso il nostro Centro Ambulatoriale di Riabilitazione. È 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 per trattamenti riabilitativi e si impegna a:
- non richiedere assistenza tramite SSN pubblica o privata ad altre strutture sanitarie per trattamenti riabilitativi analoghi a quelli erogati dal nostro Centro senza il parere della Direzione Sanitaria del Centro Riabilitativo;**
- consegnare la fotocopia della documentazione medica di cui è in possesso (cartelle cliniche, referti di esami strumentali e di laboratori, ecc.);

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 il Centro.**

Data, _____

Firma _____

Inviare via mail alla segreteria (segreteria@centroriabilitativo.org) o consegnare a mano presso l'ufficio segreteria del Centro Riabilitativo. Si ricorda che è necessario allagare copia di:

- Tessera sanitaria magnetica e codice fiscale
- Tessera sanitaria cartacea con codice del proprio MMG
- Ricevuta di presentazione domanda di invalidità civile oppure certificato di invalidità civile

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO
(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

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

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 _____

già in possesso della ricevuta di presentazione di domanda di invalidità civile (**allegare copia**)

oppure

già in possesso di certificato di invalidità civile. (**allegare copia**)

sia accolto presso il Centro Riabilitativo Ambulatoriale. 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/la sig./ra _____ non è assistito/a da altro centro di cura pubblica o accreditato per trattamenti riabilitativi e si impegna a:

- 1. non richiedere assistenza tramite SSN pubblica o privata ad altre strutture sanitarie per trattamenti riabilitativi analoghi a quelli erogati dal nostro Centro 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.);

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 il Centro.

Data, _____ Firma _____

Inviare via mail alla segreteria (segreteria@centroriabilitativo.org) o consegnare a mano presso l'ufficio segreteria del Centro Riabilitativo. Si ricorda che è necessario allegare copia di:

1. Tessera sanitaria magnetica e codice fiscale
2. Tessera sanitaria cartacea con codice del proprio MMG o PLS
3. Ricevuta di presentazione domanda di invalidità civile oppure certificato di invalidità civile