

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. 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 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.

È 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. 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 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.

È 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.