



Cognome _____ Nome _____

CF: _____ (allegare copia tessera sanitaria)

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Comune di residenza _____ Via _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Telefono genitori _____ e/o tutori _____

Mail _____

Inviato da (pediatra, medico specialista, dentista, insegnanti, altro): _____

Il problema per cui si rivolge al Centro è:

(descrivere sinteticamente il problema): _____

PRESTAZIONI IN SOLVENZA

1. Solo visita specialistica*: fisiatrica neuropsichiatrica psicologica

2. Valutazione e certificazione DSA*

***Queste prestazioni non sono incluse nella convenzione attuale con l'Ast e sono pertanto a pagamento**

PRESA IN CARICO RIABILITATIVA: in convenzione a pagamento

Indicare la sede di preferenza per il trattamento in convezione:

Falconara M.ma Ancona Brecce Bianche Ancona Torrette Osimo Fano Senigallia

Si comunica che la lista d'attesa è unica per i centri di Falconara, Ancona Brecce Bianche, Torrette e Osimo

Ha già effettuato terapia riabilitativa presso il ns. Centro?

SI Visitato dal dott. _____ NO

Ha già effettuato un trattamento/valutazione presso altra struttura?

SI NO Se sì, quando? _____ (allegare eventuale documentazione)

Il sottoscritto firma in qualità di: genitore** tutore** Amm. di sostegno**

Data _____ Firma _____

****In caso di affidamento esclusivo, tutore o amministratore di sostegno allegare documentazione**

In caso di minore con un solo genitore presente alla visita per lontananza o impedimento dell'altro compilare la modulistica specifica MGF06 ed allegare al presente modulo.

Allegare alla presente richiesta la copia della tessera sanitaria ed il modulo del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili come previsto dal Regolamento UE 679/2016

Il Centro è accreditato come struttura ex art. 26 Legge 833/1978 per questo **in caso di residenza al di fuori della Regione Marche è necessario che il trattamento sia preventivamente autorizzato dall'Azienda Sanitaria di residenza**, secondo le modalità che ciascuna regione ha adottato.

COMPILAZIONE A CURA DEL CENTRO

Ambulatorio di: _____ Operatore che ritira la dichiarazione: _____

Visto dal Dr. _____ Appropriato: SI NO Urgenza: SI NO

Note _____

Visita prenotata con il dr. _____ il _____