



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 \_\_\_\_\_