



Cognome _____ Nome _____

CF: _____ Telefono genitori e/o tutori _____

Email _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ Via _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____

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.

Inviato da _____

(pediatra, medico specialista, insegnanti, altro)

Il problema per cui si rivolgono al Centro è:

(descrivere sinteticamente il problema):

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)

Necessita di:

1. **Solo visita specialistica***: fisiatrica neuropsichiatrica
2. **Valutazione e certificazione DSA***
3. Presa in carico riabilitativa: in convenzione a pagamento

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

Indicare la sede di preferenza per il trattamento in convenzione:

Ancona Via Rismondo Ancona Torrette Osimo Fano Senigallia

Si comunica che la lista d'attesa è unica per i centri di Ancona Via Rismondo, Osimo, Torrette

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

Data _____ Firma _____

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.

Alla presente richiesta, inoltre, va sempre allegato il modulo del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili come previsto dal Regolamento UE 679/2016

INFORMATIVA EMERGENZA SANITARIA COVID-19

Si porta a conoscenza l'utente che le norme di prevenzione e controllo dell'infezione da Coronavirus prevedono l'esecuzione preventiva, ad ogni accesso del paziente, del triage (misurazione della temperatura corporea, igiene delle mani e screening della sintomatologia) da parte dell'operatore.

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 _____