

Anagrafica Genitore richiedente

Nome _____

Cognome _____

Grado di parentela _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Cellulare _____

Indirizzo e.mail _____

Anagrafica paziente

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____

Patologia (copiare la diagnosi certificata) _____

Certificazione rilasciata da (indicare la struttura pubblica) _____

- Unità di riabilitazione richiesta
- Unità riabilitativa Ambulatoriale accreditata
 - Unità riabilitativa Semiresidenziale accreditata
 - Unità riabilitativa Ambulatoriale privata
 - Unità valutativa privata

Ho letto l'informativa sulla privacy e trattamento dei dati personale e dò il mio consenso