

U.L.S.S. N. 5  
U.O.S.D. Assistenza Specialistica Protesica **Integrativa**  
Via Kennedy 2  
36071 ARZIGNANO (VI)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per l'anno \_\_\_\_\_, l'ammissione:

- alle cure climatiche in località  
mare  montagna  lago  collina  nel periodo \_\_\_\_\_
- al soggiorno terapeutico in località  
mare  montagna  lago  collina  nel periodo \_\_\_\_\_
- alle cure termali nel periodo \_\_\_\_\_

Per l'impossibilità di attendere alle esigenze della vita quotidiana, come da certificazione medica allegata, chiede di essere ammesso alle cure con accompagnatore nella persona di

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_.

Allega la seguente documentazione:

- 1) prescrizione, redatta su ricettario S.S.N., del Medico di Medicina Generale dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 2) certificazione medica attestante la "assoluta incapacità di provvedere alle normali esigenze della vita quotidiana" (se viene richiesta autorizzazione per l'accompagnatore);
- 3) certificato di invalidità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_