

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTI E CENTRI SPECIALIZZATI CONVENZIONATI AI SENSI DELL'ART. 26 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
Via _____ telefono n. _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

CHIEDE

l'autorizzazione ad effettuare trattamenti riabilitativi in regime:

residenziale semiresidenziale ambulatoriale

dal _____ al _____

presso il Centro _____

con sede a _____

Via _____ telefono n. _____

convenzionato ai sensi dell'art. 26 della Legge n° 833/78

Allega la seguente documentazione:

1) prescrizione motivata del Medico Specialista Fisiatra
dott. _____ in data _____;

2) certificato di invalidità;

Data _____ Firma _____

RISERVATO AL DISTRETTO

PRATICA N° _____ ANNO _____