

 <p>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	<p><b>CRC BALBUZIE</b></p>	<p>MO 52</p>	 
	<p><b>Modulo richiesta di presa in carico tramite Servizio Sanitario Regionale</b></p>	<p>Rev. 3 del 27/06/2017</p>	

### 1 - MODALITA' DI ACCESSO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE

Gentile Utente,

prima di procedere alla compilazione del presente modulo, vorremmo dedicasse qualche momento alla lettura delle modalità di accesso al trattamento riabilitativo. Il **Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta del 20/03/2012, n. 39**, ha stabilito che *"l'accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale avviene tramite prescrizione del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità, operante in una **struttura pubblica** (ospedaliera o territoriale). ... (omissis) ... Per i **minori**, la durata del Progetto Riabilitativo Individuale è definita in accordo con il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della Asl di residenza del paziente"*

La prescrizione autorizzativa deve avere una data di rilascio non inferiore ai 12 mesi rispetto alla data della presente richiesta.

La selezione del paziente dalla lista delle richieste avverrà pertanto in presenza della suddetta prescrizione, e secondo i seguenti ulteriori parametri di accesso:

- data della richiesta;
- età del paziente;
- patologia;
- condizioni sociali eventualmente segnalate dai servizi territoriali;
- competenze delle risorse disponibili del Centro correlate alla specificità per la patologia Balbuzie;




Qualora, durante la permanenza in lista d'attesa, la prescrizione dovesse risultare scaduta, la invitiamo a rinnovarla e ad inviarla tempestivamente e in forma scritta (mail a [presaincarico@crc-balbuzie.it](mailto:presaincarico@crc-balbuzie.it) o fax allo 06/5919557).

Per ricevere informazioni più dettagliate sulle modalità di presa in carico, è attivo uno **sportello informativo telefonico** il lunedì dalle ore 12.00 alle ore 13.30 e il giovedì dalle ore 17.30 alle ore 19.00 (chiamando lo 06/5910353).

**Dott.ssa Donatella Tomaiuoli**  
Amministratore Unico

Per accettazione  
*(firma del paziente o di chi ne fa le veci)*

---

 <p>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	<p><b>CRC BALBUZIE</b></p>	<p>MO 52</p>	 
	<p><b>Modulo richiesta di presa in carico tramite Servizio Sanitario Regionale</b></p>	<p>Rev. 3 del 27/06/2017</p>	

**2 - AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITA' DI GENITORE – ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445) E CONSENSO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) ed informato/a ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA DI ESSERE** (*barrare la casella*)

- Genitore titolare/esercente la responsabilità genitoriale
- Persona esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata
- Tutore/Curatore di minore
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*(solo per il genitore esercente la responsabilità genitoriale)*

**DICHIARA ALTRESI'**




di procedere alla richiesta di presa in carico con il consenso dell'altro genitore, con la consapevolezza che una dichiarazione non veritiera potrà essere valutata eventualmente dal giudice quale motivo di modifica delle condizioni di affidamento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
**CENTRO RICERCA E CURA BALBUZIE S.r.l. s.u.**

Sede legale: Viale Europa 97, 00144 Roma Tel/fax 06.5910353 Sede operativa: Viale Beethoven 56 Tel. 06.5910595 Fax 06.5919557  
C.C.I.A.A. Roma n.998741 P.IVA e Codice Fiscale n.06936541009 Sito Web: <http://www.crc-balbuzie.it> Mail: [info@crc-balbuzie.it](mailto:info@crc-balbuzie.it)

 <p><b>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE</b> disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	<b>CRC BALBUZIE</b>	MO 52	 
	<b>Modulo richiesta di presa in carico tramite Servizio Sanitario Regionale</b>	Rev. 3 del 27/06/2017	

### **3 - RICHIESTA DI PRESA IN CARICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, meglio generalizzato/a nella prima pagina del presente modulo:

RICHIEDE

la presa in carico riabilitativa presso questo Centro della persona di seguito indicata:

Cognome	_____
Nome	_____
Luogo di nascita	_____
Data di nascita	_____
Codice fiscale	_____
Indirizzo di residenza	_____
Cap	_____
Città e provincia	_____
Municipio (solo per Roma)	_____
Telefono fisso	_____
Cellulare	_____
Altro recapito	_____
Indirizzo mail	_____
Struttura/medico che ha rilasciato la prescrizione	_____
Data delle prescrizione	_____

Alla presente allega:




- copia della documentazione clinica;
- copia di un documento di riconoscimento (del richiedente) in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
**CENTRO RICERCA E CURA BALBUZIE S.r.l. s.u.**

**Sede legale:** Viale Europa 97, 00144 Roma **Tel/fax** 06.5910353 **Sede operativa:** Viale Beethoven 56 **Tel.** 06.5910595 **Fax** 06.5919557  
**C.C.I.A.A.** Roma n.998741 **P.IVA e Codice Fiscale** n.06936541009 **Sito Web:** <http://www.crc-balbuzie.it> **Mail:** [info@crc-balbuzie.it](mailto:info@crc-balbuzie.it)

 <p><b>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE</b> disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	<b>CRC BALBUZIE</b>	MO 52	  
	<b>Modulo richiesta di presa in carico tramite Servizio Sanitario Regionale</b>	Rev. 3 del 27/06/2017	

*Dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa prevista dall'art. 13 del D. Lgs. n. 196/03 ed esprime, pertanto, il proprio libero consenso affinché il titolare, Dott.ssa Donatella Tomaiuoli, proceda ai trattamenti dei propri dati personali comuni e sensibili, secondo le modalità e finalità risultanti dalla scheda informativa stessa, consapevole del fatto che tale consenso avrà validità per ogni prestazione fruita presso il CRC Balbuzie.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Richiede infine che le informazioni medico/riabilitative e quelle amministrative vengano fornite, se dagli interessati richieste, esclusivamente ai seguenti nominativi, e comunque previa indicazione del numero di protocollo della seguente richiesta:*

Nome	Cognome	Data di nascita	Rapporto con il paziente

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*(spazio sottostante riservato alla Segreteria)*

-----

Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si certifica che il dichiarante ha presentato documentazione clinica composta di \_\_\_\_\_ fogli.

Copia del seguente modulo viene rilasciata al richiedente ed è valida come dell'attestazione di presentazione della domanda.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

*(spazio sottostante riservato al Medico)*

-----

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

DATA PRESCRIZIONE \_\_\_\_\_

CODICE ICD-9 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
**CENTRO RICERCA E CURA BALBUZIE S.r.l. s.u.**

Sede legale: Viale Europa 97, 00144 Roma Tel/fax 06.5910353 Sede operativa: Viale Beethoven 56 Tel. 06.5910595 Fax 06.5919557  
C.C.I.A.A. Roma n.998741 P.IVA e Codice Fiscale n.06936541009 Sito Web: <http://www.crc-balbuzie.it> Mail: [info@crc-balbuzie.it](mailto:info@crc-balbuzie.it)