

	CRC BALBUZIE	MO 52	 
	Modulo richiesta di presa in carico	Rev. 2 del 18/03/2016	

1 - MODALITA' DI ACCESSO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE

Gentile Utente,

prima di procedere alla compilazione del presente modulo, vorrei dedicasse qualche momento alla lettura delle modalità di accesso ai servizi. 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”*.

Se è pertanto in possesso di questi parametri di accesso, le sarà chiesto di compilare e consegnare in Segreteria il presente modulo, unitamente all'autorizzazione al trattamento dei dati, rilasciando copia della documentazione clinica e di un documento di riconoscimento. Le chiediamo altresì di comunicare tempestivamente ed in forma scritta (mail o fax) ogni eventuale variazione dei dati da lei indicati nel modulo.

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

Dott.ssa Donatella Tomaioli
Amministratore Unico

2 - AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITA' DI GENITORE – ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)

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 potestà genitoriale
- Persona esercente la potestà 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 _____

3 - RICHIESTA DI PRESA IN CARICO

Il/la sottoscritto/a _____, meglio generalizzato 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 _____

Alla presente allega:

copia della documentazione clinica;

copia di un documento di riconoscimento (del richiedente) in corso di validità.

Data _____

Firma _____

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 Balbuze.

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)

DESCRIZIONE DEL DISTURBO _____

DIAGNOSI _____

CODICE ICD-9 _____

Data _____

Firma _____