

LANCIANO



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA U.S.L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

AL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE
C/O PRESIDIO OSPEDALIERO "RENZETTI"
VIA DEL MARE, 1 - LANCIANO
TEL. 0872/704269 (ORE 9-12) FAX 0872/704240

Oggetto: richiesta assistenza protetta ai sensi della legge 30.03.71 n. ex 118 e 23.12.78 n. 803 Art.26 e n.332/99 e successivo integrazioni.
Autorizzazione al trattamento dei dati personali limitatamente a quanto previsto dalla L.675/96 e successive integrazioni o modifiche.
Avanti diritto alle prestazioni di assistenza protetta ex Art.2 e l DM 332/99.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (DPR 445/00)

Assistito

Cognome e Nome nato/a il
a e residente a
in via cod. fisc. Tel.

Prescrittore: parafirma e parafirma

Prescrizione del Medico di Famiglia:

Data Timbro e Firma

Diagnosi dello Specialista Asl:

Data Timbro e Firma

Richiedente

Il Richiedente (nr.doc.), visto la prescrizione (quanto sopra) dichiara di confermare i dati dell'autocertificazione e di essere a conoscenza della responsabilità penale cui, ai sensi della legge n.15/68 e DPR 403/98, può incorrere in caso di dichiarazione falsa e mendace.
Data Il Richiedente

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE

Vista la prescrizione specialistica, riscontrato il preventivo della Ditta e valutati i requisiti di invalidità:

Servizio

Il Responsabile del Procedimento	Il Dirigente Medico	Il Responsabile del Servizio
----------------------------------	---------------------	------------------------------

Posizione	I	E	Precedente	SI	NO	Registrazione	AS	PC
-----------	---	---	------------	----	----	---------------	----	----

RISERVATO AL SERVIZIO