



RICHIESTA INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

Centro di Riabilitazione accreditato ex art. 26 L. 833/78

Modulo 70

Rev. 6 del 25/05/2026

- ☐ **Presidio "Papa Giovanni XXIII"** ASL Roma 2 listadiattesa.papagiovanni@associazionealm.it
- ☐ **Presidio "Esperanto"** ASL Roma 2 listadiattesa.esperanto@associazionealm.it
- ☐ **Presidio "Carlo Lodi"** ASL Roma 1 listadiattesa.carlolodi@associazionealm.it
- ☐ **Presidio "Padre Pio"** ASL Roma 5 listadiattesa.padrepio@associazionealm.it

Regime assistenziale richiesto: ☐ semiresidenziale ☐ ambulatoriale ☐ domiciliare

☐ minore ☐ adulto

Cognome e nome _____

Codice Fiscale _____

nato/a _____ () il _____

residente in _____ () Municipio di residenza _____

via/piazza _____ n° _____

recapiti telefonici _____ ASL _____

mail _____ @ _____ Pec _____ @ _____

Scuola frequentata _____

È stato in trattamento presso altra struttura? _____ Data di dimissioni _____

La presente istanza viene presentata da _____

In qualità di (genitore/tutore/altro) _____

In caso di richiesta in favore di minore sono necessari i recapiti e le firme di entrambi i genitori

☐ Ricevuta, Compresa ed Approvata informativa relativa alla Privacy (D.Lgs 101/18 - GDPR)

Data ____ / ____ /20____ Firma _____

Firma _____

Operatore ricevente: ☐ in sede ☐ via e-mail Firma segreteria _____

~~~~~  
Riservata al Medico

☐ Idoneo (ICD9 \_\_\_\_\_) ☐ Non Idoneo, inviata comunicazione (sigla inviante) \_\_\_\_\_

☐ In attesa di valutazione ☐ Presso A.L.M. ☐ Presso altra struttura ☐ Supplemento indagine  
A seguito della valutazione, allegare il documento.

☐ Urgente Terapie necessarie: RP ☐ RL ☐ RN ☐ TP ☐ TO ☐

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_ Firma MR \_\_\_\_\_ Firma DS \_\_\_\_\_