



RICHIESTA INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

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

Modulo 70

Rev. 5 del 20/05/2024

- 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 \_\_\_\_\_