



## RICHIESTA INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

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

Modulo 70

Rev. 5 del 08/05/2023

**Presidio "Papa Giovanni XXIII"** ASL Roma 2 [listadiattesa.papagiovanni@associazionealm.it](mailto:listadiattesa.papagiovanni@associazionealm.it)

**Presidio "Carlo Lodi"** ASL Roma 1 [listadiattesa.carlolodi@associazionealm.it](mailto:listadiattesa.carlolodi@associazionealm.it)

**Presidio "Padre Pio"** ASL Roma 5 [listadiattesa.padrepio@associazionealm.it](mailto: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 (Reg. UE 2016/679)

Data \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Operatore ricevente:  in sede  via e-mail Firma segreteria \_\_\_\_\_

Richiesta Numero \_\_\_\_\_

~~~~~  
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 \_\_\_\_\_