

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DI PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE PER SOGGETTI
CON MINORAZIONI FISICHE, PSICHICHE O SENSORIALI,
PRESSO STRUTTURE EX ART. 26, LEGGE 833/1978**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

in qualità di (contrassegnare con una x la casella che interessa):

diretto interessato;

tutore o amministratore di sostegno;

genitore (o familiare, in caso di temporaneo impedimento dell'assistito per ragioni di salute ex art. 82 D.Lgs. 196/2003) del figlio, per il quale si DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale, in caso di figlio minore:

Cognome e nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE

residenziale semiresidenziale ambulatoriale

nel periodo dal _____ al _____

presso la seguente struttura convenzionata ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 833/1978:

Denominazione struttura _____

Via _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente;
2. Codice Fiscale del richiedente;
3. Prescrizione del Medico di Assistenza Primaria / Pediatra di Libera Scelta;
4. Tessera Sanitaria (del minore, se la richiesta è a favore di un minore);
5. Eventuale documentazione medica.

Data _____

Firma del richiedente _____

Il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta.