

RICHIESTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO - mod. A/F

SCHEMA ANAGRAFICA RISERVATA ALL'UTENTE

Spett.le A.I.R.R.I.
Via dei Lecci, 109
Bracciano

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita/...../.....

Residente in Indirizzo

Telefono Cellulare

Codice Fiscale

Il sottoscritto, informato/a sui diritti di cui al Dlg 30/6/03 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) autorizza il Centro A.I.R.R.I. all'utilizzo dei dati sopra scritti, di cui certifico l'esattezza, nonché di quelli riportati nell'allegato mod. B/F, esclusivamente ai fini riabilitativi, di cui alla presente richiesta.

Data

Firma

Firma del Delegato (per minore o incapace)

Allegati: Modello A.I.R.R.I. B/F

Fotocopia stato invalidità civile (se richiesta o riconosciuta)

N.B. La presente documentazione consente l'inserimento in lista d'attesa - ove esistano i presupposti previsti dalla normativa vigente. Qualsiasi aggravamento o variazione della patologia dovesse intervenire nel periodo di attesa, è necessario produrre nuova certificazione.

AUTOCERTIFICAZIONE PER CARTELLA RIABILITATIVA (Mod. B/F)

(DGR Regione Lazio n.398 del 15/02/2000)

COGNOME NOME

Stato Civile

Coniugato/a

Celibe/nubile

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

Titolo di studio

Nessuno

Scuola elementare

Scuola media inf

Scuola media sup

Laurea

Occupazione

Occupato

Non occupato

Pensionato/a

Casalinga

Studente

Tutela Legale

Responsabile per sé

Sogg. sottop. a tutela

Ausili/Protesi si no

Se sì quale

Ins sostegno SI NO **Serv assistenziale ente locale** SI NO

Invalidità civile Nessuna Richiesta Riconosciuta Percentuale

Inviante

Medico di famiglia dott. **Inviato presso AIRRI da**

Socialista Ospedaliero dott.

Spec Serv Distrett. dott.

Altro dott.

Ha effettuato precedenti tratt. riabilitativi SI NO

Se sì presso dal al

Condizioni di vita

Vive solo in modo autonomo Con altri famil. senza genitori

Vive solo in modo non autonomo Con i genitori

Solo con coniuge/partner Struttura abitativa

Solo con il coniuge/partner e figli Altro

Ricovero ultimi 12 mesi

Nessuno

Struttura Riabilitativa Ospedaliera

Struttura extra-ospedaliera

In questa struttura

In attesa dal

Documento registrato da _____

Firma paziente/familiare