DIDASCO Via Pescosolido 160 – 00158 Roma Centro di Riabilitazione Accreditato (DCAU00389 del 19/09/2019) **Tel 064501654/ fax 0689280781**	**RICHIESTA DI PRESA IN CARICO** **Data** _____ Agg. successivo_____	**DR09** Rev. 9 emesso da CSR Data: 05/05/21

L'inserimento in lista d'attesa è possibile solo in presenza di certificazione rilasciata da medico specialista che ha fornito l'indicazione del trattamento con data non anteriore a 6 mesi dalla richiesta. Per i minori la richiesta può essere fatta solo dal genitore esercente la responsabilità genitoriale o dal tutore. Il certificato/prescrizione può essere inviato, unitamente alla presente richiesta, **via fax al num. 0689280781**, via mail all'indirizzo **presaincarico@didascoriabilitazione.org**, consegnato direttamente alla segreteria del centro dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.

DATI DEL PAZIENTE (si prega di scrivere in stampatello)

Cognome …… Nome ……
Codice Fiscale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
Nato a ……prov. ( ) il ……
Indirizzo …… Municipio ……

- Ha effettuato o sta effettuando trattamenti riabilitativi?

  □ si presso centro convenzionato □ si privatamente □ no

  Se si specificare tipo di terapia e frequenza settimanale ……

  ……

- SCUOLA □ materna □ elementare □ media

  Classe frequentata…… ins. di sost. SI NO AEC …… SI NO

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE □ si □ No

  Se sì, da chi è fornito?……

Cognome e nome di chi effettua la richiesta……

relazione con il paziente……**tel (1)**……

tel (2) ……**Email**……

Io sottoscritto _____ autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lsg 196/03 e del GDPR 679/16* esclusivamente per l'inserimento in lista d'attesa del centro Didasco.
La permanenza in lista d'attesa è valida per 12 mesi dalla data della richiesta, trascorsi i quali, per mantenere la posizione in lista d'attesa è necessario presentare una nuova certificazione. La mancata presentazione di un certificato medico aggiornato trascorsi i 12 mesi dalla richiesta comporta l'esclusione del pz. dalla lista d'attesa.

Data _____ Firma_____

* Il testo completo dell'informativa sulla privacy è disponibile presso il Centro.