

Prescrizione medico-specialistica
(DA PREDISPORRE A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA PUBBLICO O PRIVATO)

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____

SPECIALISTA IN _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

RECAPITO TELEFONICO E FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

INDIRIZZO - CAP - COMUNE _____

PRESCRIVE

AL/LA SIG./RA COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

DIAGNOSI: _____

IL SEGUENTE AUSILIO: _____

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI: _____

DICHIARA

LA ACCERTATA CONFORMITA' DELL'AUSILIO/STRUMENTO RICHIESTO CON IL PROGETTO SOCIALE ED EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO ALLEGATO.

IL MEDICO SPECIALISTA
(FIRMA E TIMBRO)

DATA _____
