

# RICHIESTA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA

AL DIRETTORE SANITARIO  
DELL'A.I.A.S. SEZ. SAN FILIPPO DEL MELA - ONLUS

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore/ del Sig. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in possesso dell'autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

rilasciata dall'U. Operativa \_\_\_\_\_

patologia \_\_\_\_\_

Programma terapeutico: FKT  PSM  LT  OT

Altro \_\_\_\_\_ (prestazione attualmente non erogata)

Trattamento: Ambulatoriale  Domiciliare  Seminternato

## CHIEDE

di essere inserito nella lista di prenotazione predisposta e gestita dall'A.I.A.S. SEZ. SAN FILIPPO DEL MELA – ONLUS in attesa che l'Associazione possa erogare allo stesso o alla persona sopra indicata le prestazioni terapeutiche e riabilitative necessarie.

## DICHIARA

di essere stato informato dal personale del Centro \_\_\_\_\_:

- sull'impossibilità di essere inserito nel trattamento riabilitativo a decorrenza immediata e di accettare l'inserimento nella lista d'attesa;
- che l'autorizzazione ha validità di un anno e alla scadenza bisognerà provvedere all'eventuale rinnovo per il mantenimento in lista;
- che è possibile contestualmente l'inserimento in liste di attesa di altri centri.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma (estesa e leggibile)

### Riservata all'ufficio

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma operatore \_\_\_\_\_