

Numero Pratica	Data presentazione domanda	Protocollo
----------------	----------------------------	------------

**DOMANDA PER PRESTAZIONI IN CURE INTERMEDIE DA EROGARSI
TRAMITE CENTRO CONVENZIONATO AI SENSI DELL'EX-ART.26 LEGGE 833/78**

DATI DEL PAZIENTE

Il sottoscritto **SESSO**
nato/a il M ☐ F ☐
Professione
Residente a Via, num.
Telefono..... Codice fiscale

Proveniente da : ☐ **Ospedale** ☐ **Abitazione** ☐ **Altro**

CHIEDE

di essere autorizzato ad effettuare un trattamento riabilitativo con degenza a tempo pieno presso la Vostra struttura e dichiaro di accettare l'attuazione del piano di riabilitazione secondo le modalità esplicitate

Dichiara

Di avere avuto prestazioni di riabilitazione per la stessa patologia, in questa o altra Struttura, nell'anno solare in corso: SI ☐ NO ☐

Si attesta la presenza di Amministratore di Sostegno: SI ☐ NO ☐

Firma del paziente

PARTE RISERVATA AI FAMILIARI/AMMINISTRATORE di SOSTEGNO

Il sottoscritto residente a
Via, num. **telefono**
Cellulare..... **e-mail**
in qualità di
(specificare il grado di parentela e/o se amministratore di sostegno)

DICHIARA

- ☐ di essere informato che il ricovero è a termine e si impegna a provvedere al proprio congiunto/assistito all'atto della dimissione;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa privacy presente nella sezione dedicata del sito web www.ospedalegonzaga.it.

Firma

Allegati:

- ☐ Scheda unica di Invio e Valutazione in Cure Intermedie
- ☐ **Impegnativa redatta su Ricettario Regionale** (richiederla al medico di base o dell'ospedale in caso di ricovero)
- ☐ **Fotocopia tessera sanitaria, documento di identità ed esenzione ticket** (per le esenzioni ticket, richiedere la stampa al medico di base o stamparle dal fascicolo sanitario).