

SCHEDA RICHIESTA TERAPIA

Data della richiesta

Chi formula la richiesta: (barrare la casella)

- ☐ Genitore titolare/esercente la responsabilità genitoriale
☐ Persona esercente la responsabilità genitoriale
☐ Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata
☐ Tutore/Curatore di minore
☐ Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

DICHIARA ALTRESI' (solo per il genitore esercente la responsabilità genitoriale)

di procedere alla richiesta di presa in carico con il consenso dell'altro genitore, con la consapevolezza delle

conseguenze relative ad eventuali dichiarazioni mendaci (allegare delega del genitore assente e documento di riconoscimento).

FIRME DI ENTRAMBI I GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI PER IL CONSENSO

Firma _____ Firma _____

Data _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Altro recapito _____

Indirizzo Email _____

Asl di appartenenza _____

Municipio _____

Scolarità _____

Inviato da _____

Data della diagnosi _____

Motivo dell'invio (diagnosi)

Trattamento richiesto _____

Precedenti contatti o valutazioni presso altri centri

Osservazioni