

**Prescrizione medico-specialistica**  
**(DA PREDISPORRE A CURA DI UN MEDICO SPECIALISTA PUBBLICO O PRIVATO)**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

SPECIALISTA IN \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA (SE PUBBLICO) \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO E FAX \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO – CAP – COMUNE \_\_\_\_\_

**PRESCRIVE**

AL SIGNOR COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

IL SEGUENTE AUSILIO: \_\_\_\_\_

IN QUANTO (MOTIVARE LE RAGIONI DELLA PRESCRIZIONE): \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

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

IL MEDICO SPECIALISTA  
(FIRMA E TIMBRO)

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_