

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 _____
