

SCHEDA UTENTE PER ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA

Numero _____

Data ____/____/____

Codice Fiscale

Nome

Cognome

Sesso

1) Maschile

Luogo di nascita

2) Femminile

Data di Nascita

Paternita' (nome cognome e luogo e data di nascita)

Maternità (nome cognome e luogo e data di nascita)

Residenza

Comune

Località

in via

n. Telefono

cellulare

Medico referente

Dottor

con studio in

Patologia

Scuola o Asilo frequentato

classe

Se, si usufruisce dell'insegnate di sostegno

1) Si

2) NO

Usufruisce di assistenza da Ente Locale

1) Si

2) NO

L'Invalidità civile

1) Si

2) NO

Medico inviante

1) Medico o pediatra di famiglia

2) Specialista privato

3) Specialista ambulatoriale/ospedaliero

4) D.S.M.

5) TSMREE

6) Altri servizi distrettuali

7) Altro

Condizioni di vita

1) vive con i genitori

2) con altri familiari

3) altro

Ricoveri in strutture riabilitative ultimi 12 mesi

1) Nessuno

2) in struttura riabilitativa Ospedaliera

3) in struttura Extra-Ospedaliera

4) in questa struttura

Sono stati attuati progetti riabilitativi

1) Nessuno

2) Sì, in regime ambulatoriale individuale

3) Sì in regime ambulatoriale di gruppo

Prendiamo atto di essere stati informati per iscritto ex art. 13 del D.lgs 30/6/2003 n. 196 "codice in materia di Protezione dei dati personali" della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare sui diritti conferiti all'interessato della Legge (art.7 D.Lgs.30/6/09n.196) nonché su finalità e modalità del trattamento dei fatti personali, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.