

## RICHIESTA TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
del sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
affetto da \_\_\_\_\_

### CHIEDE

alla Cooperativa sociale ONLUS CEIRAP di Urbino, ai sensi dell'art. 3 della legge 30/03/71 n. 118 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento riabilitativo

- ambulatoriale, presso il Centro di riabilitazione di Urbino in via Casteldurante, 21  
 domiciliare presso \_\_\_\_\_  
 extramurale presso \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente:

- scheda di segnalazione del medico di base
- copia verbale Commissione legge 104/92
- dichiarazione sostitutiva di notorietà attestante residenza, domicilio, nucleo familiare
- documentazione sanitaria
- due foto tessera
- copia documento riconoscimento

Si autorizza ai sensi del D. Lgs 196/03 il trattamento dei dati personali.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_