Centro Polifunzionale Don Calabria FONDAZIONE ETS AREA SANITARIA Presidio di Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78	**SCHEDA DI RICHIESTA PER PRESA IN CARICO IN LIBERA PROFESSIONE**	Rev. 0 del 13/01/2025
		Pagina 1 di 1

sezione riservata alle Segreterie

pervenuto in data .....

DATI RELATIVI ALL'UTENTE (SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il sottoscritto (Cognome e Nome) .....

Nato/a ..... data .....

Residenza .....
Indirizzo

.....
CAP Città

Telefono ..... Cell. .....

Rec. Tel. ..... c/o .....

Indirizzo e-mail: .....

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Invalidità ☐ No ☐ Sì (percentuale..... .....%)

Richiede:

☐ visita ..... con lo specialista .....

☐ terapia..... con il terapista .....

Motivo della richiesta.....

.....

Richiede attività a pagamento _____
FIRMA DEL RICHIEDENTE

da compilare solo se diverso dall'utente:

Cognome Nome del richiedente .....

Grado di Parentela .....

Il sottoscritto come sopra identificato dichiara di aver preso visione sul sito del Centro Polifunzionale Don Calabria dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

❒ accetta ❒ non accetta FIRMA DEL RICHIEDENTE_____

sezione riservata alle Segreterie

Comunicazione effettuata da ..... in data .....

viene comunicato che la visita/terapia verrà effettuata in data: .....

con Specialista/terapista: .....

tariffa:.....

Note: .....