



**RICHIESTA INSERIMENTO LISTA D'ATTESA EX ART.26
AMBULATORIALE- SEMIRESIDENZIALE-
DOMICILIARE**

Cognome	Nome	Data di Nascita	
		<input type="text"/>	
Sesso	Comune di Nascita	Prov.	
M			
F			
Codice Fiscale	Codice Tessera Sanitaria		
Nazionalità	Residenza		
Comune	CAP	Municipio	Provincia
Indirizzo	Numero Civico	Tel.	
ASL di residenza	ASL di assistenza		
Diagnosi			
ICD-9			

Si richiede Trattamento:

1. Riabilitazione Domiciliare: allegare autorizzazione CAD di residenza del paziente, inviare la documentazione tramite email invalidicivili@villafulvia.it; Fax: 06 71050505, per informazione al numero telefonico: 06 71050515

2. Riabilitazione Ambulatoriale/Semiresidenziale: allegare richiesta del medico specialista dell'ASL/Ospedaliero o medico di famiglia (per la terapia ambulatoriale), inviare la documentazione tramite email vito.stella@villafulvia.it; Fax: 06 71050532, per informazioni al numero telefonico: 06 71050536

Firma Paziente