



VILLA FULVIA
CASA DI CURA

INSERIMENTO LISTA D'ATTESA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
EX ART.26

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			
_____ Firma Padre Genitori 1 / tutore legale		_____ Firma Madre Genitore 2 / tutore legale	

Allegare:

- certificazione attestante la diagnosi rilasciata da struttura pubblica
- l'autorizzazione al trattamento riabilitativo rilasciata da Struttura Pubblica

Inviare tutta la documentazione alla posta elettronica neuropsichiatriainfantile@villafulvia.it.
Qualora uno dei genitori fosse impossibilitato a firmare il modulo, questi dovrà delegare l'altro genitore e far pervenire la delega allo stesso indirizzo di posta elettronica