



**RICHIESTA DI PRESTAZIONE EXTRAREGIONALE
c/o STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE/CONVENZIONATE**

CONTESTO FAMILIARE

NOMINATIVO	GRADO PARENTELA	ETÀ	RESIDENZA	CONVIVENTE (si/no)

MOTIVI DELLA RICHIESTA DI UNA STRUTTURA FUORI REGIONE

La presente richiesta è inoltrata da:

- diretto interessato /genitore (in caso di minori)
- amministratore di sostegno/tutore/curatore (indicare estremi del provvedimento di nomina o allegare)
- procuratore (SOLO nel caso la procura lo preveda; allegare l'atto di procura generale notarile)
- se la persona è temporaneamente impedita a presentare la domanda: familiare, ex art 433 c.c. (coniuge o, in caso di assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado), _____ (specificare) sig./sig.ra _____
residente a _____ (____) (CAP _____) in via _____
n° _____ tel. n° _____ (c/o cui verrà inviato l'esito della valutazione)

Che, a tal fine, dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e allega:

- documentazione sanitaria redatta dal medico che ha in carico l'interessato (specialista di branca o MMG,...) con valutazione funzionale che evidenzia lo stato di dipendenza inoltre, per la richiesta di ricovero riabilitativo, le motivazioni cliniche della necessità di interventi riabilitativi e la necessità che lo stesso venga erogato fuori Regione Lombardia;
- piano riabilitativo individuale (**ESCLUSIVAMENTE PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE RIABILITATIVA**);
- eventuale altra documentazione clinica recente (Verbale di invalidità, dimissioni osp., vis. specialistiche...);
- documento d'identità valido dell'interessato e dell'istante (se diverso dall'interessato)
- eventuale valutazione del servizio sociale che ha in carico l'interessato.
- Altro,specificare: _____

Data _____

(firma)