

CODICE SOCIO.....

NOMINATIVO

PATOLOGIA CAUSA DELLA DISABILITA'

ESAME OBIETTIVO LOCALE.....

DISABILITA'

VALUTAZIONE FUNZIONALE.....

PROGETTO RIABILITATIVO ED OBIETTIVI TERAPEUTICI (risultati attesi).....

PROGRAMMA RIABILITATIVO:

-
-
-
-
-

ESAMI SPECIALISTICI ALLEGATI.....

DATA

IL MEDICO.....

IL SOCIO.....

N.B. L'autorizzazione preventiva è necessaria SOLO in caso di classificazione CRONICA per gravi disabilità accertate, in tutti gli altri casi il presente modulo deve essere inviato insieme alla fattura e all'eventuale documentazione sanitaria prevista.