Servizio Sanitario Regione Sardegna

Al Responsabile della Unità Operativa
Servizi di Assistenza Riab.va Soggetti Disabili
Distretto Ghilarza Bosa
A.S.L. 5 – ORISTANO

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a il_____ a_____Residente in _____

Via_____n._____recapito telefonico: _____

indirizzo e-mail: _____@_____

Chiede di poter effettuare il Trattamento Riabilitativo presso il Centro di Riabilitazione di Ghilarza.

A tale proposito si allega alla presente:

1) Scheda progetto- programma Riabilitativo redatta dallo Specialista Fisiatra o da altro Specialista di branca.
2) Copia prescrizione trattamento Riabilitativo su ricettario rosa del S.S.N

Alla documentazione del punto 1 e 2 (obbligatoria per il trattamento riabilitativo) può essere allegata altra documentazione del paziente.

Sottoscrizione dell' istanza da parte dell' interessato.
La richiesta può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto o sottoscritta ed inviata unitamente ad una fotocopia di un documento d' identità valido del sottoscrittore.

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali legge 675/96 ovvero(D.Lgs 196/2003)
I dati forniti dall' utente verranno trattati dall' amministrazione, (in forma digitale e cartacea) nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della legge n.675/96 e successive modificazioni.
All' utente competono i diritti previsti dall' art.13 della legge n.675/96,(art.7 del D.Lgs n196/2003) in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l' integrazione e ricorrendo i presupposti previsti in materia la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____ Firma _____

Unità Operativa Servizi di Assistenza Riabilitativa Soggetti Disabili
Distretto Socio-Sanitario Ghilarza Bosa
Tel.: 0785/562535
fax: 0785/562526
luisella.a.congiu@asloristano.it