

Nome e cognome _____

Codice fiscale dell'assistito _____

Numero tessera sanitaria dell'assistito _____

Data di nascita _____ Sesso _____

ATS di appartenenza dell'assistito _____

Regione _____

Medico curante (MMG/PLS) _____

Medico specialista firmatario _____

(I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni)

Centro di riferimento / Struttura riabilitativa specialistica:

Diagnosi *(ai sensi dell'Allegato 7 al DPCM 12.1.2017):*

Codice di esenzione *(ai sensi dell'Allegato 7 al DPCM 12.1.2017):*

Progetto Riabilitativo Individuale *(ai sensi del DPCM 12.01.2017 e della Legge n. 175 del 10.11. 2021):*

Durata prevista del trattamento: dal _____ al _____*(non oltre 1 anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda)*☐ Prima prescrizione☐ Prosecuzione della cura

Data _____

Timbro e Firma _____