

	<p style="text-align: center;">PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO “FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI PATOLOGIE NEUROMOTORIE” Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri” www.sanfilipponei.roma.it – segreteria.dsp@sanfilipponei.roma.it Società Cooperativa Sociale “Centro per l’Autonomia” www.centroperlautonomia.it – comunicazione@centroperlautonomia.it</p>
Modulo 2: Richiesta di consulenza valutativa	

Al Centro per l’Autonomia
Fax 0651883253 – comunicazione@centroperlautonomia.it

Il/la sottoscritto/a _____
(nome⁽³¹⁾ e cognome⁽³²⁾ dello specialista)

in qualità di _____
(specificare professionalità⁽³³⁾ e ruolo⁽³⁴⁾)

operante presso _____
(specificare la struttura⁽⁰²⁾)

Centro di Riferimento per _____ tel _____
(specificare la patologia⁽⁰¹⁾) (35)

fax _____ e.mail _____
(numero di fax cui inviare la risposta⁽⁰⁴⁾) (indirizzo di posta elettronica cui inviare la risposta⁽⁰³⁾)

esaminata la documentazione, che qui si allega, ricevuta dal/la Dr. ⁽⁰⁵⁻⁰⁶⁾ _____
in qualità di medico inviante,

Constatato che la condizione del/la Sig./ra ⁽¹³⁻¹⁴⁾ _____
rientra tra quelle previste dalla **D.G.R. n°393 del 22/05/2009**,

Inoltre richiesta di valutazione per la scelta di un idoneo sistema di comunicazione.

Distinti saluti

E' stata rilasciata dal paziente e dai familiari autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi L.196/2003

Data ⁽³⁶⁾ ____/____/____

Timbro e firma Referente Centro di Riferimento

Allegato: Modulo 1, richiesta attivazione percorso