



PRENOTAZIONI

Cod. documento

M 7.1 DU

Rev. 3 del 20/06/2023

Viterbo, _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE _____
INDIRIZZO _____

CF _____ TELEFONO _____

RECAPITO TELEFONIA MOBILE CON APPLICAZIONE WHATSAPP

E-MAIL _____

ALLEGATI:

Modalità d'accesso ai trattamenti riabilitativi Centri ex art.26 -Disabilità complessa-

Come previsto dalla normativa vigente, l'accesso ai **trattamenti riabilitativi AMBULATORIALI** per le persone adulte avviene sulla base di una specifica proposta di trattamento riabilitativo ambulatoriale presso struttura o centro ex art. 26 del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità.

La richiesta deve essere di un medico specialista del servizio pubblico. Se lo specialista è privato si richiede al paziente di supportare la sua richiesta con quello del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. La durata del PRI (progetto riabilitativo individuale) è contenuta in un massimo di 90 giorni, con eventuale rinnovo motivato dallo specialista di riferimento

L'accesso ai **trattamenti riabilitativi DOMICILIARI** per le persone in età adulta avviene in seguito a valutazione e prescrizione effettuata dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) della Asl di residenza dell'utente.

Per i minori, l'accesso ai trattamenti riabilitativi e la durata del PRI sono definiti in accordo con il servizio TSMREE dell'ASL di residenza dell'utente.

Si informa l'utente che **la non accettazione degli orari proposti all'inizio del trattamento riabilitativo, comporta la rinuncia al trattamento stesso**; in tal caso l'utente può chiedere di essere messo nuovamente in lista di attesa, perdendo però la posizione

CENTRO DI VITERBO



PRENOTAZIONI

Cod. documento

M 7.1 DU

Rev. 3 del 20/06/2023

precedentemente acquisita. Pertanto si prega di segnalare sin dal momento della prenotazione eventuali vincoli relazionati all'attività lavorativa o per altre necessità.

NOTE

ORARIO _____

Grazie per la collaborazione

La Direzione

dell'operatore _____ Firma

ricevuta _____ Firma del paziente per