

Data: ____/____/____

Spett.le UILDM
SERVIZIO SPORTELLO ACCOGLIENZA

Oggetto: **Richiesta di inserimento in lista d'attesa per presa in carico riabilitativa**

Il sottoscritto....., nato a il

Chiede di essere inserita/o in lista d'attesa per accedere ai trattamenti riabilitativi

In qualità di genitore/tutore del minore
nato a il chiede che il/la proprio/a figlio/a sia inserito/a in lista
d'attesa per accedere ai trattamenti riabilitativi.

Specifico che:

- Sono stato informato che se non ricevo comunicazioni telefoniche o scritte la richiesta di inserimento in lista d'attesa è stata accettata.
- Sono stato informato sui tempi di attesa che sono variabili in quanto dipendenti dalla patologia (con priorità assegnata alle patologie neuromuscolari) e da variabili cliniche e sociali tra cui: età del richiedente, data della richiesta di inserimento in lista d'attesa, gravità della patologia, eventuali motivazioni cliniche di "urgenza", aspetti sociali, nonché dalla sostenibilità dell'eventuale progetto riabilitativo sulla base dell'accreditamento.
- Sono stato informato che la richiesta di trattamento è valida per **6 mesi** a partire dalla data della consegna della presente; **alla scadenza dei 6 mesi per rinnovare la richiesta è necessario ricontattare il centro con comunicazione telefonica o scritta** (06/6604881 lunedì – mercoledì - venerdì 10.30-13.30; serviziosociale@uildmlazio.org.)

Cordiali saluti

In caso di adulto
(assistito o delegato)

Firma

In caso di minore
(firma di ENTRAMBI i genitori/tutore)

Gen. 1

Gen. 2