


|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
|  | <b>ASSENZA DAL TRATTAMENTO RIABILITATIVO<br/>ADULTI/PEDIATRICI<br/>RINUNCIA SOSTITUZIONE CONSULENTE</b> | Mod. <b>M53</b>                |
|   |   | Ed. 2 Rev. 0<br>del 31 01 2017 |
|   |   | Pag. <b>1</b> di <b>1</b>      |

AMBULATORIO

DOMICILIO

All'Amministrazione Progetti  
Riabilitativi UILDM

**OGGETTO:** Assenza trattamento riabilitativo

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**PER I MINORI:** Genitore (o chi ne fa le veci) di: \_\_\_\_\_

dichiara ai sensi della circolare della Regione Lazio n° 3348 del 6/4/84, relativa alle modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 26 della Legge n° 833 del 23/12/78, l'assenza dal trattamento di:

- fisioterapia
- logoterapia
- psicomotricità
- psicologia
- terapia occupazionale
- intervento educativo
- visita specialistica

N. trattamenti non effettuati:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_

**IN CASO DI SOSPENSIONE DEL PROGETTO PER ASSENZA DEL CONSULENTE**  
il paziente dichiara di RINUNCIARE alla sua sostituzione.

**DATI A CURA DEL PAZIENTE:**

ultimo trattamento effettuato: \_\_\_\_\_

data ripresa trattamento: \_\_\_\_\_

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_