**MODULO PER AGGIORNAMENTI DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA E AMMINISTRATIVA**

Il/La sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____
___

C.F. _____

nato/a a _____ il //_____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n.
_____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo e-mail _____

in riferimento alla richiesta di inserimento nella Lista di Attesa (L.d.A.) per:

□ Servizio Ambulatoriale

□ Servizio Semiresidenziale

presentata in data _____, relativa a:

□ diretto interessato

□ utente: Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il //_____,

del quale il/la sottoscritto/a esercita la responsabilità genitoriale o svolge funzioni di rappresentanza in qualità di:

□ genitore

□ tutore/curatore

□ amministratore di sostegno

Trasmette in allegato la seguente documentazione clinica aggiornata:

□ **Nuova prescrizione autorizzativa** ai fini della verifica del permanere dei requisiti di accesso e del mantenimento della posizione nella Lista di Attesa (nel caso in cui la precedente sia scaduta) .
La prescrizione autorizzativa allegata deve essere **leggibile, coerente con il percorso riabilitativo richiesto e in corso di validità**, nonché conforme ai requisiti previsti dalla presente procedura, dall'Informativa sulla gestione della Lista di Attesa e dalla normativa vigente, e deve riportare, obbligatoriamente, i seguenti dati
**Data di rilascio:** _____
**Rilasciata da:** _____
**Diagnosi:** _____
**Codice ICD-9/ICD-10:** _____

□ Ultima relazione clinica, rilasciata in data _____

da: _____

*La relazione clinica deve documentare l'attuale quadro clinico e funzionale dell'utente e riportare, ove intervenute, eventuali variazioni della diagnosi, delle condizioni cliniche o del profilo funzionale rilevanti ai fini della permanenza nella Lista di Attesa.*

In riferimento alla medesima richiesta di inserimento nella Lista di Attesa, comunica altresì che:

□ non sono intervenute variazioni nelle informazioni amministrative precedentemente comunicate

□ sono intervenute variazioni nelle seguenti informazioni amministrative

*(compilare esclusivamente i campi interessati dalla variazione)*

Comune di residenza: _____

Indirizzo di residenza: _____

Municipio (solo per Roma): _____

Telefono fisso: _____

Cellulare: _____

Altro recapito: _____

Indirizzo e-mail: _____

Invalidità civile
□ nessuna
□ richiesta
□ riconosciuta
Responsabilità genitoriale
(compilare esclusivamente nel caso di utente minore)
□ affidamento congiunto
□ genitore affidatario
□ genitore non affidatario
□ unico esercente la responsabilità genitoriale in quanto:
□ vedovo/a
□ unico genitore che ha riconosciuto il minore
□ affidamento esclusivo, come da provvedimento del Giudice n. _____ del _____
Tutela, curatela e amministrazione di sostegno
(compilare esclusivamente nei casi pertinenti)
□ Tutore, nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ del _____
□ Amministratore di sostegno, con specifica delega alla tutela della salute, nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ del _____
□ Curatore, nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ del _____

Data _____

Firma del dichiarante

Allega alla presente, unitamente alla documentazione sopra indicata, **copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante** e, nei casi in cui il dichiarante agisca in qualità di **genitore, tutore, curatore o amministratore di sostegno, anche dell'utente**