



## SERVIZIO FISIOTERAPIA PER UTENTI ESTERNI - RICHIESTA DI ACCESSO -

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono nr. \_\_\_\_\_ Cellulare nr. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Chiede di poter accedere al Servizio di Fisioterapia per Utenti esterni erogato da parte dell'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola di Avio così come disciplinato dal "Regolamento sanitario per le attività di erogazione delle prestazioni di recupero e rieducazione funzionale a favore di Utenti esterni" approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 8 del 22 gennaio 2016.

Chiede altresì di poter beneficiare dello sconto pari al 10 % in quanto:

- Utente degli Alloggi Protetti o Centro Diurno gestito dall'Azienda;;
- Coniuge e Familiare (entro il 1° grado) del Residente della R.S.A., della Casa di Soggiorno e degli Alloggi Protetti gestiti dall'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola di Avio Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_;
- Dipendente dell'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola di Avio;
- Collaboratori/volontari operanti presso l'Azienda.

Con la sottoscrizione del presente modulo il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che le prestazioni saranno erogate in regime non convenzionato con il Sistema Sanitario Provinciale alle condizioni previste dal Regolamento Aziendale sopra menzionato ed alle tariffe approvate annualmente da parte del Consiglio di Amministrazione.

Nel caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento per una prestazione, l'Utente è tenuto a darne comunicazione con un preavviso di almeno 24 ore; diversamente l'Azienda procederà all'addebito della prestazione.

Al fine dell'erogazione della prestazione il/la sottoscritto/a allega:

- Prescrizione specialistica
- Prescrizione medica
- Copia della carta d'identità e del codice fiscale
- Informativa per il trattamento dei dati
- Modello opposizione alla trasmissione dei dati al Sistema TS
- Altro \_\_\_\_\_

Avio, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_