



**PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO
“FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON
GRAVI PATOLOGIE NEUROMOTORIE”**

Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri”

ausili.comunicazione@sanfilippoeneri.roma.it

0633062387 – 2811

Modulo 2: Richiesta di consulenza valutativa

**Al Centro per l’Autonomia
Fax 0662202766 – comunicazione@centroperlautonomia.it**

**PC: Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri
ausili.comunicazione@sanfilippoeneri.roma.it**

Il/la sottoscritto/a _____
(nome e cognome dello specialista)
in qualità di _____
(specificare professionalità e ruolo)
operante presso _____
(specificare la struttura)
Centro di Riferimento per _____ tel _____
(specificare la patologia)
fax _____ e.mail _____
(numero di fax cui inviare la risposta) (indirizzo di posta elettronica cui inviare la risposta)

esaminata la documentazione, che qui si allega, ricevuta dal/la Dr. _____
in qualità di medico inviante,

Constatato che la condizione del/la Sig./ra _____
rientra tra quelle previste dalla **D.G.R. n°393 del 22/05/2009**,

Inoltra richiesta di valutazione per la scelta di un idoneo sistema di comunicazione.

Distinti saluti

E’ stata rilasciata dal paziente e dai familiari autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi L.196/2003

Data ⁽³⁶⁾ ____/____/____

Timbro e firma Referente Centro di Riferimento

Allegato: Modulo 1, richiesta attivazione percorso