

8.5 - ASU - MODULO ACCESSO AI SERVIZI PER UTENTI

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascita:

Comune e via di residenza:.....

Telefono.....cell.....email.....

Causa della disabilità:.....

Tipo di disabilità:

Insorgenza della disabilità.....

Motivo della richiesta

E' in trattamento presso altri centri di riabilitazione si no

Se si, quali.....

Eventuale nome, indirizzo, recapito telefonico del familiare a cui si può fare riferimento

Problematiche da affrontare:

- Difficoltà nell'autonomia delle attività di vita quotidiana.
- Scelta di ausili di postura e mobilità (carrozzina, unità posturali, ecc)
- Valutazione della postura in carrozzina.
- Abbattimento delle barriere architettoniche nella propria abitazione e/o luogo di lavoro/studio.
- Acquisizione o miglioramento dell'autonomia con il proprio veicolo di trasporto
- Patente speciale
- Comunicazione Aumentativa Alternativa
- Domotica
- Accessibilità informatica
- Orientamento allo sport per persone con disabilità
- Guida all'ottenimento dei diritti
- Orientamento lavorativo e di studio
- Consulenza sanitaria

Altro.....

Urgenza

Motivo

Richiedente:

interessato **familiare** **altro**

L'ammissione è subordinata alla valutazione della disabilità complessiva da parte dell'équipe del Centro. Il richiedente, posto in lista di attesa, sarà preso in carico dall'équipe del centro in base alla disponibilità.

La firma di questa richiesta impegna l'interessato o il familiare a concordare il progetto riabilitativo con l'équipe e a rispettarne le modalità attuative ed i tempi di dimissione.

Data.....

firma

.....

Autorizzo al trattamento dei dati personali in accordo alla normativa sulla privacy (Regolamento europeo 2016/679 sulla protezione dei dati personali).

Firma

.....