

**MODULO A.1: RICHIESTA PRESIDIO E PROTESI  
DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA**

(competente per tipologia di menomazione o disabilità)

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N. 8 SIRACUSA**

**U.O.C. Medicina Riabilitativa di Siracusa**  
medprot.sr@asp.sr.it; tel. 0931/484611/4607/4708/4710/4719

**U.O.S. Medicina Riabilitativa di Noto**  
medprot.noto@asp.sr.it; tel. 0931/890505/510/524

**U.O.S. Medicina Riabilitativa Lentini-Augusta**  
medprot.augusta@asp.sr.it tel. 0931/909313/9318 medprot.lentini@asp.sr.it; tel. 095/909803/9812



**SCHEDA INFORMATIVA PERCORSO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE:**

Al Responsabile U. O. S. Medicina Riabilitativa

Distretto di: \_\_\_\_\_

L'Assistito/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Residenza a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Indirizzo Posta Elettronica: \_\_\_\_\_

Contatti assistito/familiare/altro:  Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI FUNZIONALE:** \_\_\_\_\_

**SI RICHIEDE:**

PRIMA RICHIESTA

RINNOVO

Descrizione: \_\_\_\_\_

Codice: \_\_\_\_\_

Gli adattamenti o le personalizzazioni eventualmente necessari \_\_\_\_\_

Descrizione: \_\_\_\_\_

Codice: \_\_\_\_\_

Gli adattamenti o le personalizzazioni eventualmente necessari \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SUL SIGNIFICATO ED UTILIZZO DEL PRESIDIO/AUSILIO\*:**

Tempo d'impiego \_\_\_\_\_

Modalità di utilizzo \_\_\_\_\_

Significato Terapeutico e Riabilitativo \_\_\_\_\_

Eventuali controindicazioni \_\_\_\_\_

Modalità di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Specialista (n. Iscrizione/Ordine)

\_\_\_\_\_  
(di strutture pubblica o convenzionata per specifica disabilità)

\*La sezione relativa alle "informazioni sul significato ed utilizzo del presidio/ausilio" deve essere compilata obbligatoriamente in relazione all'andamento del programma terapeutico/riabilitativo.