



REGIONE SICILIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE SIRACUSA  
CORSO GELONE n. 17 – 96100 SIRACUSA  
C.F. / P.I. 01661590891

**U.O.C. DI MEDICINA RIABILITATIVA**  
Traversa Pizzuta, 25 – 96100 Siracusa  
Tel. 0931/484611 Fax. 0931/484659  
Direttore FF: Dr.ssa Patrizia Falletta

**Modulo richiesta prestazioni riabilitative**  
(da presentare solo compilazione del modulo C: Consenso informato)

**Il Sottoscritto** \_\_\_\_\_

(Nome e Cognome del dichiarante persona indicata nel modulo C come autorizzata dall'assistito)

Nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

In qualità di ( ) Assistito ( ) Familiare ( ) Genitore ( ) Rappresentante Legale ( ) Altro (allegare docum.)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
(inserire il Cognome e Nome dell'assistito nel caso di un soggetto diverso dal dichiarante)

Nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

**RIFERIMENTI AGGIUNTIVI**

(Indicazione di reperibilità per la procedura in oggetto)

Posta Elettronica e/o Certificata: \_\_\_\_\_

Contatti telefonici: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(Autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (richiamate dall'articoli 75 e 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445) e successive modifiche e integrazioni (1) sotto la propria personale in piena libertà e senza costrizione alcuna le seguenti informazioni:

• **Legge 104/92**

☐ Verbale acquisito ☐ Presentazione tramite CAF/Patronato ☐ In accertamento

• **Trattamenti Riabilitativi**

☐ Ha effettuato almeno un ciclo nel 2022 ☐ Ha effettuato almeno un ciclo nel 2023  
☐ Non ha effettuato cicli negli ultimi due anni

• **Altri Servizi**

☐ Ha usufruito di altri servizi (ADI, Gravissimi, etc) Quali \_\_\_\_\_  
☐ Ha richiesto altri servizi (ADI, Gravissimi, etc) Quali \_\_\_\_\_

• **Di scegliere per l'erogazione della prestazione riabilitativa:**

☐ Il seguente centro (una sola indicazione) \_\_\_\_\_  
☐ Qualsiasi Centro

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso del dichiarante