

I sottoscritti sig.....sig.ra.....  
Genitori/esercenti potestà genitoriale del minore:  
Cognome Nome .....  
Nato/a in data .....  
A (Comune) .....(Provincia).....  
Residente in .....  
CAP ..... Città.....  
Codice Fiscale .....  
Telefono ..... Cell.....  
Indirizzo mail .....  
Scuola: No/SI: nome scuola.....  
classe.....  
Presenza di certificazione scolastica: SI/NO  
Presenza di insegnante di sostegno: SI/NO  
Presenza di operatore addetto all'assistenza personale: SI/NO  
Invalidità accertata o richiesta: SI/NO  
Legge 104 : SI/NO

**Chiedono per il minore la valutazione clinica finalizzata alla presa in carico riabilitativa.**

Data, .....  
Firma genitore/tutore.....  
Firma genitore.....

\* Nel caso in cui uno dei genitori non abbia firmato, si dichiara che non è stato possibile per :

- ...lontananza  
 ...impedimento  
 ...altro: .....

Firma del genitore dichiarante  
.....

Gentile Dottoressa/Dottore, al fine di consentire una corretta valutazione della richiesta del suo assistito, Le chiediamo di segnalare nella sezione seguente eventuali note di criticità, che richiedano nostra tempestiva attivazione di visita di accertamento finalizzata alla presa in carico. Nel caso ravvisasse condizioni di urgenza La preghiamo di esplicitarle e di favorire un nostro contatto diretto per verificare le modalità più appropriate di risposta. L'equipe riabilitativa agisce nel senso della presa in carico globale dell'assistito minore, in caso sussistesse altra presa in carico presso altro Ente non sarà possibile la presa in carico se non in ottica di continuità e complementarità terapeutica. Ringraziando fin d'ora della sua preziosa collaborazione rimaniamo a disposizione per confronto e chiarimento. Cordiali saluti

Direttrice Sanitaria  
Dssa Antonella Vangelista

Il Direttore Generale 	R.Q. 
---	--

**Istituto Fortunata Gresner**

Stradone Antonio Provolo, 18/43 37123 Verona (VR)  
P.IVA/C.F.\_00348120239  
tel. 045 8000015 fax 045 8035601  
[istituto@gresner.it](mailto:istituto@gresner.it) [istituto@pec.gresner.it](mailto:istituto@pec.gresner.it)  
[gresner.it](http://gresner.it)



Motivo della richiesta o eventuale diagnosi nota o sospetta.....  
.....  
.....

Periodo di insorgenza.....  
Comorbilità note .....

Il quadro è rapidamente evolutivo?.....  
Terapie mediche in atto.....

Prese in carico in atto o pregresse:  
E' / è stato seguito dallo/dagli specialista/i.....

Presso il Centro/Servizio/ambulatorio:  
.....  
.....

Trattamenti riabilitativi in atto (logopedia, psicologia, fisioterapia...)

tipologia:.....

tipologia:.....

Cosa richiede a questo Centro di  
Riabilitazione:.....

Specificare eventuali motivazioni circostanziali (quadro familiare, condizioni abitative, eventi significativi nella vita del paziente ...) che si ritengono importanti ai fini della valutazione della richiesta:  
.....  
.....

Note.....  
.....  
.....

Recapito telefonico e codice regionale del Medico

Timbro e firma del Medico

Da inviare via e-mail all'indirizzo [ambulatorio@gresner.it](mailto:ambulatorio@gresner.it) o recapitare presso la segreteria dell'ICR allegando copia della tessera sanitaria e del codice fiscale del minore

Il Direttore Generale		R.Q.	
-----------------------	---	------	---

**Istituto Fortunata Gresner**

Stradone Antonio Provolo, 18/43 37123 Verona (VR)  
P.IVA/C.F.\_00348120239  
tel. 045 8000015 fax 045 8035601  
[istituto@gresner.it](mailto:istituto@gresner.it) [istituto@pec.gresner.it](mailto:istituto@pec.gresner.it)  
[gresner.it](http://gresner.it)

