

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

(DA PREDISPORRE A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA PUBBLICO O PRIVATO)

Il/La sottoscritto/a _____

specialista in _____

ente di appartenenza _____

recapito telefonico e fax _____

indirizzo e-mail _____

indirizzo - cap – comune _____

Valutata la situazione complessiva e considerati i dati clinico-anamnestici

del/lla Sig./ra COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

con diagnosi di: _____

Ritiene appropriato e confacente al quadro evidenziato l'utilizzo:

DEL SEGUENTE AUSILIO/STRUMENTO: _____

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI: _____

CON I SEGUENTI OBIETTIVI: _____

DATA _____

IL MEDICO SPECIALISTA
(FIRMA E TIMBRO)
