

**Al Direttore
U.O.C. Sovradistrettuale
Dipartimento di Riabilitazione
ASL BT - Sede**

Il Sottoscritto _____

nato a _____, il _____

residente in _____ alla via/piazza _____

In qualità di genitore/tutore di _____

nato a _____, il _____

residente in _____ alla via/piazza _____

chiede l'autorizzazione al trattamento riabilitativo ex art. 26, l. 833/78,

in regime : ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale

presso la struttura _____

come da piano di trattamento / prescrizione allegata.

_____ li _____

Firma _____

- Recapito telefonico/fax per eventuali comunicazioni _____