

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL CONCORSO ALLA SPESA PER L'EFFETTUAZIONE
DI PRESTAZIONI A CARATTERE FISIOTERAPICO A DOMICILIO IN FAVORE DI SOGGETTI
AFFETTI DA FIBROSI CISTICA**
(Assistenza sanitaria aggiuntiva. – Prestazione n. 12)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____, in qualità di medico specialista in _____ operante presso il Centro di supporto provinciale/Centro Regionale del Veneto per la cura della fibrosi cistica, dichiaro di avere in cura il/la Signor/a _____ nato/a a _____ il _____ affetto/a da:

FIBROSI CISTICA

DICHIARO

che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di sottoporsi a prestazioni di natura terapeutico-riabilitativa

(indicare il tipo di riabilitazione)

in regime domiciliare e che le medesime saranno poste in essere da:

- Professionista
 Familiare del paziente
 Paziente medesimo

(precisare il nominativo della persona titolata al trattamento riabilitativo)

- che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a;
 che è in linea con gli standards di buona pratica clinica;
 che il professionista/familiare indicata/o è idonea/o alla presa in carico dello stesso/a;
 che il piano di cura da me indicato è da intendersi valido per tutto l'anno in corso al fine del concorso della spesa;
 che la presente certificazione, in originale viene trattenuta presso:
 Centro di supporto Provinciale per la cura della fibrosi cistica
 Centro Regionale del Veneto per la cura della fibrosi cistica

e inviata all'Ufficio preposto tramite mail:ufficioassistenzaaggiutiva@apss.tn.it

- che la presente certificazione, in originale verrà inviata direttamente dallo Scrivente, all'Ufficio Assistenza Aggiuntiva -CSS- Viale Verona Palazzina B – 38123 TRENTO
 che la certificazione in originale è stata consegnata al paziente.

In fede

Data_____

Timbro e firma per esteso (leggibile)

