

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL CONCORSO DELLE SPESE PER
L'EFFETUAZIONE DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO CON METODO DOMAN**
(Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 7)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____, in qualità di medico:

- ☐ pubblico
☐ convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale

specialista in _____,

DICHIARO

di avere in cura il/la Signor/a _____,
nato/a a _____ il _____ affetto/a
da:

(indicare la patologia neuro-psichica)

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

- ☐ in Italia (Centro Fauglia)
☐ In USA (Centro di Philadelphia)

E che lo stesso sarà accompagnato da

(indicare, nel numero massimo di tre, i nominativi dei familiari/accompagnatori)

- ☐ quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da
me seguito/a ed in linea con gli standard di buona pratica clinica, che la struttura il professionista da me
indicata/o è idonea/o alla presa in carico dello stesso/a;
- ☐ che la presente certificazione, in originale viene trattenuta nell'unità operativa di
_____ Struttura Ospedaliera/ambulatoriale denominata _____ 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)