

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

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 Fay in:

- Italia
 all'estero

(indicare la struttura sanitaria)

e che lo stesso sarà accompagnato da

(indicare il nominativo del familiare/accompagnatore)

- che 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 sanitaria da me indicata è idonea alla presa in carico dello stesso/a e di aver verificato positivamente i risultati del metodo riabilitativo Fay dando atto che il presente piano di cura ha validità per l'anno in corso al fine del rimborso della spesa.
- 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)