

R. 2. 2



REGIONE SICILIANA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA**

Ufficio Prestazioni  
del Distretto di

Il sottoscritto ..... Residente

a ..... Via ..... Tel. ....

**CHIEDE**

- per se stesso
- per il proprio familiare ..... (.....)

di essere assistito presso il Centro di Riabilitazione .....  
di.....

A tal fine dichiara che:

- Non è assistito, in atto, presso alcun Centro di Riabilitazione.
- Si impegna a frequentare / a far frequentare regolarmente il Centro, secondo gli orari che saranno stabiliti, essendo a conoscenza che le assenze ripetute o non giustificate provocheranno la dimissione dall'assistenza.
- È a conoscenza che l'inesattezza di quanto sopra può pregiudicare l'eventuale accoglimento della presente.

Allega

- 1) Certificato medico con la proposta di trattamento riabilitativo.
- 2) Certificato di residenza o auto - certificazione ai sensi della vigente normativa.
- 3) Certificato di nascita o auto - certificazione ai sensi della vigente normativa.
- 4) Stato di famiglia o auto - certificazione ai sensi della vigente normativa.
- 5) Verbale di visita della Commissione istituita ai sensi della Legge 104/92 o, nelle more, attestazione rilasciata dalla Segreteria Invalidi Civili competente per Distretto, dalla quale risulta che è stata presentata istanza per essere sottoposto a visita;

..... li .....

**IL RICHIEDENTE**