

**ISTITUTO DI RIABILITAZIONE ACCREDITATO  
VILLA AL LAGO S.r.l.**

N° Iscr. Reg. Impr. MN 00411890205 - REA 108509 – Capitale sociale € 30.000 i.v.  
Viale 7 Dicembre, 1 – 46100 MANTOVA  
Telefono 0376 – 2431      FAX 0376 – 243211

**OGGETTO: DOMANDA PER PRESTAZIONI RIABILITATIVE DA EROGARSI TRAMITE CENTRO  
CONVENZIONATO.**

**PAZIENTE:**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**NATO/A A:** \_\_\_\_\_

**IL:** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A:** \_\_\_\_\_

**VIA:** \_\_\_\_\_

**TESSERA SANITARIA N.:** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE:** \_\_\_\_\_

**MEDICO CURANTE:** \_\_\_\_\_

**STATO CIVILE:** \_\_\_\_\_

**PROFESSIONE:** \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA:** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

DI ESSERE AUTORIZZATO AD EFFETTUARE **TRATTAMENTO RIABILITATIVO CON DEGENZA A TEMPO PIENO**  
PRESSO IDR VILLA AL LAGO

**FAMIGLIARI DI RIFERIMENTO:**

**NOME E COGNOME:** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A:** \_\_\_\_\_

**VIA:** \_\_\_\_\_

**GRADO PARENTELA:** \_\_\_\_\_

**N. TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**N. TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**PER I RICOVERI CONVENZIONATI CON IL S.S.N. NAZIONALE**

E' sottoscritto ed edotto che il **RICOVERO E' A TERMINE** e si impegna a provvedere al proprio congiunto all'atto della dimissione.

FIRMA \_\_\_\_\_

Allegati:

- certificato di residenza o autocertificazione;
- impegnativa regionale in originale;
- documentazione sanitaria.