

**ASSISTENZA INTEGRATIVA**  
(modello di prescrizione)

COGNOME E NOME ASSISTITO .....

Codice Regionale ..... Data e luogo di nascita .....

Indirizzo .....

Diagnosi circostanziata .....

Presidio proposto

DESCRIZIONE	CODICE TARIFFARIO (se previsto)
1) .....	.....
2) .....	.....
3) .....	.....
4) .....	.....
5) .....	.....
6) .....	.....

PROGRAMMA TERAPEUTICO (Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo):

SE TRATTASI DI MINORE ANNI 18: il richiedere necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente? SI - NO

I — I Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33° secondo le Tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti di cui al D. M. 5.2.1992 N. 43.

Data .....

IL MEDICO SPECIALISTA (Struttura Pubblica)  
(Firma e timbro)