

## **PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA**

(per l'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della Legge Regionale 23/99 art. 4 commi 4 e 5)

**Nome e cognome della persona disabile** \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_

**Dati clinico anamnestici relativi al soggetto disabile**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Strumento tecnologicamente avanzato prescritto (specificare in modo dettagliato la tipologia di strumento prescritto)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Motivazione della prescrizione (necessità e conformità dello strumento richiesto con il progetto sociale/educativo individualizzato)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medico Specialista in \_\_\_\_\_  
(la specializzazione deve essere congruente con la disabilità)

**Firma e timbro del Medico Specialista**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_