

Allegato C

REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria _____

Servizio _____

**PRESCRIZIONE
DI AUSILIO/STRUMENTO TECNOLOGICAMENTE AVANZATO
A PERSONE CON DISABILITA’
(DGR n° 4-6467 del 23 luglio 2007)**

Nome e cognome beneficiario _____

Data e luogo di nascita _____ età _____

Residente a _____

Diagnosi clinica _____

Diagnosi ICD-10 OMS

ASSE 1 disturbi relazionali

ASSE 3 disturbi cognitivi

ASSE 4 sindromi organiche

disabilità motoria

deficit sensoriale visivo

deficit sensoriale uditivo

malattia genetica cromosomica

plurimenomazione

Dispositivi prescritti

Ausili per la comunicazione e l'informazione (cod. 22 classificazione degli ausili ISO 9999)

attrezzature informatiche da tavolo o portatili e relativi accessori

dispositivi domotici e per il controllo ambientale per l'alloggio

contributo per integrare il costo a carico del destinatario di ausilio innovativo e tecnologicamente avanzato, autorizzato in data _____, come riconducibile all'ausilio/agli ausili avente/i i seguenti codici _____

Si dichiara con la presente prescrizione che sussistono la necessità e il collegamento funzionale dei dispositivi con la disabilità presentata come da programma individualizzato a seguito esposto (oppure: allegato alla presente prescrizione) evidenziante il significato terapeutico e riabilitativo

data _____

timbro e firma del medico specialista prescrittore
