

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

(DA PREDISPORRE A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA PUBBLICO O PRIVATO)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

specialista in \_\_\_\_\_

ente di appartenenza \_\_\_\_\_

recapito telefonico e fax \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo - cap – comune \_\_\_\_\_

Valutata la situazione complessiva e considerati i dati clinico-anamnestici

del/lla Sig./ra COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

con diagnosi di: \_\_\_\_\_

Ritiene appropriato e confacente al quadro evidenziato l'utilizzo:

**DEL SEGUENTE AUSILIO/STRUMENTO:** \_\_\_\_\_

**PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:** \_\_\_\_\_

**CON I SEGUENTI OBIETTIVI:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**IL MEDICO SPECIALISTA**  
**(FIRMA E TIMBRO)**

\_\_\_\_\_