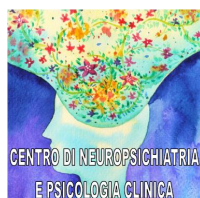




Centro Polifunzionale
Don Calabria



SERVIZIO RIABILITATIVO



CENTRO DI NEUROPSICHIATRIA
E PSICOLOGIA CLINICA

**SCHEDA di
RICHIESTA
LIBERA
PROFESSIONE**

Rev. II/2017
del 09/11/2017

Pagina 1 di 2

Servizio Riabilitativo – Centro di Neuropsichiatria e Psicologia Clinica
via San Marco, 121 - 37138 VERONA - tel +39 045 8184280 – fax +39 045 8184200 – liberaprofessione@centrodoncalabria.it

DATI RELATIVI ALL'UTENTE (SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il sottoscritto (Cognome e Nome)

Nato/a data

Residenza

Indirizzo

CAP

Città

Telefono Cell.

Rec. Tel. c/o

Codice Fiscale

Richiede:

visita terapia

Motivo della richiesta

Eventuale preferenza specialista o terapeuta

Ente inviante no si: specificare:

FIRMA DEL RICHIEDENTE

da compilare solo se diverso dall'utente:

Cognome Nome del richiedente

Grado di Parentela

sezione riservata alle Segreterie

Comunicazione effettuata da in data

viene comunicato che la visita/terapia verrà effettuata in data:

con Specialista/terapeuta:

tariffa:.....

Note:

.....

.....