

A CURA DELL'UFFICIO

ID \_\_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO LOGOPEDICO

Spett.le

A.P.S.P. "Beato de Tschiderer" già "Istituto Arcivescovile per Sordi"

Via Piave, 108 - 38122 TRENTO

### DATI ANAGRAFICI

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
(cognome- nome dei genitori)

genitori di \_\_\_\_\_  
(cognome del figlio)

\_\_\_\_\_ (nome del figlio)

F

M

(barrare il sesso)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo di nascita) (data di nascita del figlio)

residente a \_\_\_\_\_ p.zza/via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(C.A.P.) (comune di residenza) (piazza o via - frazione) (n. casa)

### RECAPITI TELEFONICI E CONTATTI

Telefono. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(prefisso) (numero)

Cellulare mamma \_\_\_\_\_ Cellulare papà \_\_\_\_\_  
(numero) (numero)

Autorizzano inoltre l'utilizzo del seguente indirizzo di posta elettronica per la trasmissione di corrispondenza e/o documentazione attinente la presa in carico (riportare l'indirizzo in modo leggibile):

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

### SCUOLA FREQUENTATA

Il figlio/la figlia frequenta nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ la scuola (barrare la casella e inserire la classe):

dell'infanzia anno (1°, 2° o 3° anno) \_\_\_\_\_

secondaria di 1° grado classe \_\_\_\_\_

primaria classe \_\_\_\_\_

secondaria di 2° grado classe \_\_\_\_\_

denominazione della scuola e località: \_\_\_\_\_  
(nome della scuola)

\_\_\_\_\_ (località dov'è sita la scuola)

### CHIEDONO

di poter accedere al Servizio di Logopedia per le prestazioni diagnostiche e riabilitative. Dichiarano altresì di essere disponibili a recarsi con il/la figlio/a presso la sede di Trento, Via Piave, 108, nel rispetto degli appuntamenti concordati necessari per l'ammissione al Servizio.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

## Prescrizioni fondamentali per l'accesso alla valutazione

1. **Gli appuntamenti fissati vanno rispettati** con la massima puntualità; eventuali disdette vanno comunicate entro 24 ore dalla data dell'incontro (pena il pagamento di una sanzione di € 36,15).
2. **Le prestazioni per l'utente sono soggette a ticket** (salvo esenzione per reddito o patologia): questo va versato al primo incontro (salvo diversa disposizione dello Specialista).
3. **L'impegnativa deve riportare il seguente codice e descrizione della prestazione "89.7 inquadramento per disturbi del linguaggio o dell'apprendimento"**  
Va consegnata al primo incontro allo Specialista **pena l'annullamento della visita e il pagamento immediato di una sanzione pari ad € 36,15.**
4. **Al primo incontro è richiesta l'esclusiva presenza dei genitori (non deve essere presente il minore).**
5. Al primo incontro portare tessera sanitaria con microchip, libretto pediatrico ed altra documentazione sanitaria attinente.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ preso atto delle indicazioni sopra esposte firma per accettazione.

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore o di chi ne fa le veci)

## Utilizzo dei dati personali

(decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003)

Ai fini di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003), si chiarisce e si comunica che:

1. i dati sullo stato di salute chiesti agli utenti sono finalizzati all'ammissione ai servizi dell'A.P.S.P. e successivamente, in caso di ammissione, per l'effettuazione dell'assistenza sanitaria e di un'adeguata terapia riabilitativa in favore degli stessi utenti;
2. il rifiuto a comunicare i dati comporta l'impossibilità di accedere ai servizi dell'A.P.S.P.;
3. i dati raccolti potranno essere comunicati all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ed alla Provincia Autonoma di Trento per poter garantire l'assistenza sanitaria o trasmessi, in forma anonima, per l'effettuazione di elaborazioni statistiche, studi e quant'altro utile alla definizione dei finanziamenti provinciali;
4. in nessun caso i dati potranno essere diffusi;
5. i dati stessi rimangono coperti da segreto e non sono accessibili ai sensi della legge regionale 31 luglio 1993, n. 13;
6. l'interessato ha facoltà di avvalersi dei diritti di cui agli articoli 7 e segg. del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 in relazione ai dati raccolti;
7. il titolare dei dati è l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Beato de Tschiderer" già "Istituto Arcivescovile per Sordi", sito in Via Piave n° 108 a Trento.
8. il titolare del trattamento è l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Beato de Tschiderer" già "Istituto Arcivescovile per Sordi" di Trento.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ esercente la potestà genitoriale dell'utente davanti indicato, dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati per i fini sopradescritti.

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore o di chi ne fa le veci)

**ALLEGATO**

AL MODULO DI RICHIESTA DI INTERVENTO RIABILITATIVO LOGOPEDICO

**VI PREGHIAMO DI RISPONDERE ALLE DOMANDE SOTTO RIPORTATE AL FINE DI AGEVOLARE L'ANALISI DELLA VOSTRA DOMANDA E L'EVENTUALE PIANIFICAZIONE DEGLI APPUNTAMENTI:**

Qual è il motivo per cui avete fatto richiesta di intervento presso l' A.P.S.P. "Beato de Tschiderer"?

---

---

---

---

In passato avete già usufruito per Vostro figlio del servizio di logopedia offerto da questa A.P.S.P. (visita specialistica o terapia logopedica)?

SÌ

NO

Se avete risposto NO alla precedente domanda tramite chi o cosa siete venuti a conoscenza dell'esistenza del Servizio di Logopedia dell'A.P.S.P. "Beato de Tschiderer"?

Scuola

Amici/conoscenti

APSS

Internet

Altro Ente \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avete consultato altri specialisti ?

SÌ

NO

Se **SÌ** quale diagnosi è stata fatta a Vostro figlio?

---

---

---

Vostro figlio ha già usufruito di interventi riabilitativi?

SÌ

NO

Se **SÌ** di quale tipo?

---

---

---