

**II PRESENTE CERTIFICATO HA LA VALIDITA' DI UN ANNO DALLA DATA DI EMISSIONE
(da consegnare perentoriamente entro 30 giorni dalla data della sua elaborazione)**

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL CONCORSO ALLA SPESA DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E DI SUPPORTO A FAVORE DI
PERSONE AFFETTE DA AUTISMO, PSICOSI INFANTILE, PARALISI CEREBRALE INFANTILE E MALATTIE RARE e SINDROME DI DOWN
(assistenza sanitaria aggiuntiva – prestazione n. 11)**

Io sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____ in qualità di ☐ Neuropsichiatra infantile (solo per i pazienti in età evolutiva) operante nella U.O. aziendale di _____ o convenzionato con il SSN(sede) _____

☐ Psichiatra ☐ Fisiatra (solo per i pazienti in età adulta) operante nella U.O. aziendale di _____ o convenzionato con il SSN (sede) _____;

☐ Medico specialista della patologia di cui al punto 6 del presente certificato, del Centro di riferimento di _____ operante nella U.O. di _____ (sede) _____

DICHIARO

che il/la Signor/a _____ nato/a a _____ il _____
da me seguito/ visitato è affetto/a da

1. ☐ DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
2. ☐ PSICOSI INFANTILE
3. ☐ PARALISI CEREBRALE INFANTILE
4. ☐ SINDROME DI DOWN
5. ☐ MALATTIA RARA DI TIPO NEUROLOGICO CERTIFICATA AI SENSI DELL'ALLEGATO 7 DPCM 12/01/2017
(indicare la patologia e codifica)
6. ☐ MALATTIA RARA DI TIPO NON NEUROLOGICO CERTIFICATA AI SENSI DELL'ALLEGATO 7 DPCM 12.01.2017
(indicare la patologia e codifica)

con un **elevato grado di compromissione funzionale** e quindi, tenuto conto dei principi di appropriatezza e degli standard di buona pratica clinica

NECESSITA

delle seguenti prestazioni aggiuntive

☐ **prestazioni di carattere terapeutico riabilitativo:**

- | | |
|--|--|
| ☐ Fisioterapista | ☐ Educatore professionale |
| ☐ Logopedista | ☐ Tecnico della neuro e psicomotricità in età evolutiva |
| ☐ Tecnico della riabilitazione psichiatrica | ☐ Terapista occupazionale |

da effettuarsi:

- ☐ in **regime di ricovero o residenziale**
☐ in **regime ambulatoriale**

☐ **prestazioni di supporto ad attività di carattere socio riabilitativo:**

- | | |
|---|---|
| ☐ Attività con animali | ☐ Interventi educativi |
| ☐ Musica | ☐ Altro _____ |
| ☐ Arti varie | |

INFINE

☐ **approvo** il piano terapeutico riabilitativo presentato ed allegato predisposto dal professionista a cui l'utente si è rivolto (*facoltativo*);

☐ **chiedo** al professionista erogatore di inviarmi all'indirizzo _____ una **relazione conclusiva** attestante le attività poste in essere e gli esiti raggiunti.

Dichiaro altresì

☐ Che la presente certificazione, in originale, viene trattenuta nell'unità operativa di _____ Struttura Ospedaliera/ambulatoriale denominata _____ ed inviata all'Ufficio preposto tramite mail:<ufficioassistenzaaggiuntiva@asuit.tn.it>

☐ Che la presente certificazione, in originale, verrà inviata direttamente dallo scrivente, all'Ufficio Assistenza Aggiuntiva di Trento

☐ Che la certificazione in originale è stata consegnata al paziente

in fede

data _____

timbro e firma per esteso (leggibile)