

## Certificazione ai fini del servizio di Mobilità Sociale

(da compilare a cura del Medico del Presidio Sanitario)

Si certifica che il sig/ra:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Necessita di prestazioni sanitarie (indicare quali): \_\_\_\_\_  
da effettuarsi presso:

- STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (denominazione luogo) \_\_\_\_\_
- STRUTTURA SOCIO-ASSISTENZIALE \_\_\_\_\_
- PRESIDIO OSPEDALIERO \_\_\_\_\_
- CENTRO DIAGNOSTICO-AMBULATORIALE \_\_\_\_\_

CICLO DI TERAPIE: \_\_\_\_\_

DATA DI INIZIO \_\_\_\_\_ DATA DI FINE \_\_\_\_\_ DURATA GG. \_\_\_\_\_

CALENDARIO DELLE PRESTAZIONI (indicare mese/anno/ i giorni e orari della prestazione)

Mese di _____	giorni: _____

Orario : dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Valutazione medica delle condizioni psico-fisiche del paziente ai fini dell'organizzazione del SERVIZIO DI MOBILITA' SOCIALE  
il paziente necessita di trasporto con:

- MEZZO NORMALE CON IL SOLO AUTISTA
- MEZZO NORMALE CON AUTISTA ED ACCOMPAGNATORE
- MEZZO ATTREZZATO CON IL SOLO AUTISTA
- MEZZO ATTREZZATO CON AUTISTA E ACCOMPAGNATORE

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico responsabile

\_\_\_\_\_

**PLUS** Ambito Distretto di Oristano

Comprendente i Comuni di:

Allai - Baratili S. Pietro - Bauladu - Cabras - Milis - Narbolia - Nurachi - Ollastra - Oristano - Palmas Arborea - Riola Sardo - Samugheo - S.Vero Milis - Santa Giusta - Siamaggiore - Siamanna - Siapiccia - Simaxis - Solarussa - Tramatzu - Villanova Truschedu - Villaurbana - Zeddiani - Zerfaliu - Provincia di Oristano - ATS Sardegna ASL Oristano

**Ente capofila: Comune di Oristano Settore Servizi alla Persona e Cittadinanza**

**PLUS – Ufficio di Programmazione e Gestione – Servizio di Mobilità Sociale**

**Piazza Eleonora d'Arborea, 44 – tel. 0783 791230 - 791220**

