

Compilazione a cura dei genitori o di chi ne fa le veci									
Cognome					Nome				
Sesso		Luogo di nascita e nazione			Data di nascita				
F	M								
Codice fiscale									
Indirizzo (Residenza)				CAP	Città			Provincia	
Recapiti telefonici									
E-Mail									
ASL di appartenenza			Municipio		Ex	Distretto (Fuori Roma)			
Interventi precedenti		Struttura dell'intervento o, in caso di No, struttura scelta dal Paziente per la sua richiesta di riabilitazione					Durata in mesi		
SI	NO								
Inviante		IRCCS		Ospedale		Privato		Università	ASL
Classe frequentata						Insegnante di sostegno		SI	NO

Data _____

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

Compilazione a cura del Centro di Audiofonologia		
Diagnosi Cod. ICD9	Descrizione	Data

Firma dell'operatore
