

## RICHIESTA INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA

Mod. 6.1 | Ed/Rev. 01 / 04.11.2024

UTENTE  Adulto  Minore

COGNOME .....

NOME .....

NATO/A A ..... IL .....

RESIDENTE IN ..... PROVINCIA .....

CAP ..... VIA .....

TEL ..... EMAIL .....

ASL ..... DISTRETTO ..... TESSERA SANITARIA NR. ....

DIAGNOSI (Come da Impegnativa/Valutazione Multidimensionale/Richiesta dei trattamenti riabilitativi dello Specialista)

SETTORE RICHIESTO : NON RESIDENZIALE  Ambulatorio  Domiciliare

### GENERALITÀ DEL DELEGATO

COGNOME .....

NOME .....

DOCUMENTO IDENTITÀ .....

Genitore  Parente  Tutore  Amministratore di sostegno  Altro

DATA

FIRMA UTENTE O DI CHI NE FA LE VECI

#### ALTEYA

Cooperativa Sociale Onlus ETS

tel+fax 0693547939  
mail amministrazione@altera.it  
pec cooperativaaltera@legalmail.it

P.IVA e C.F. 12484241000  
Isc. Rea 1377694  
[www.alteya.it](http://www.alteya.it)

SEDE LEGALE  
Via Antonio Bertoloni 26/B  
00197 | Roma

SEDE AMMINISTRATIVA  
Via Appia Nuova 54  
00072 | Località Galloro | Ariccia (RM)

CENTRO RIABILITAZIONE POMEZIA  
Via del Mare 2  
00071 | Pomezia

tel 0669267625  
3401821050  
mail centroriabilitazione@altera.it