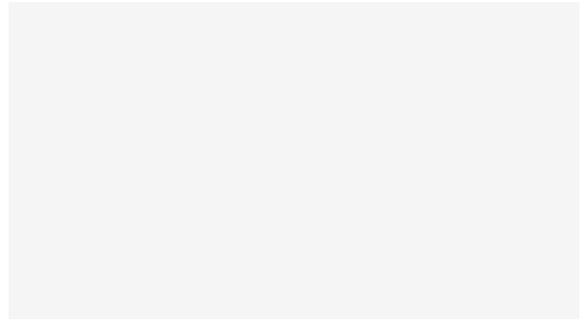
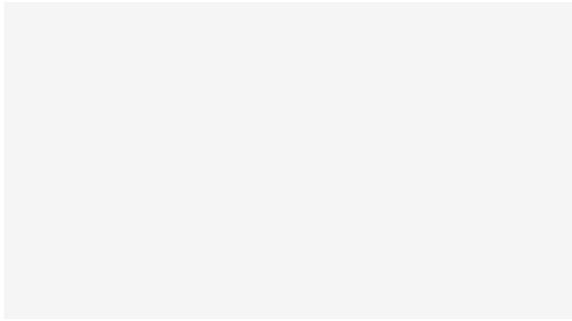


Rapporto di decorso per persone che non hanno ancora compiuto i 20 anni

scelta cantone



Assicurato/a

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
NPA Luogo	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
	Data di nasc. <input type="text"/>
N. AVS	<input type="text"/>

Nome e indirizzo del medico

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
NPA Luogo	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>
EAN	<input type="text"/>
RCC	<input type="text"/>

Data

Firma

3. Lo stato di salute incide sulla frequenza scolastica o sulla formazione professionale? no sì

Se sì, come? Da quando?

4. La necessità supplementare d'assistenza o di sorveglianza personale dovute all'invalidità rispetto a quelle fornite a una persona non invalida della stessa età ha subito modifiche? no sì

Se sì, come? Da quando?

5. Ha prescritto provvedimenti terapeutici a domicilio? no sì

Se sì: quali, quanti, per quanto tempo e effettuati da chi? Da quando?

6. Data dell'ultimo controllo medico | _____

7. Osservazioni

8. Allegati

La preghiamo di allegare al presente modulo all'attenzione del nostro servizio medico i nuovi rapporti ospedalieri o degli specialisti da Lei ricevuti nel frattempo oppure di indicarli con precisione per permetterci di richiederli direttamente. I rapporti originali saranno restituiti non appena consultati.
