[](https://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjK6obl5ITcAhUPmbQKHd6DD1MQjRx6BAgBEAU&url=https://seeklogo.com/vector-logo/233084/asp-palermo&psig=AOvVaw3Ceru8u6kIa68oIRhUvr6r&ust=1530771075788708)***Modulo prenotazione prima visita***  **Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’Adolescenza**  (0-17 anni, fino al giorno prima del 18° anno di età)

Da compilare in tutte le sue parti e ***inviare per e-mail* a** : [***prenotazioni.npia@asppalermo.org***](mailto:prenotazioni.npia@asppalermo.org)

ENTRO 48 ORE LAVORATIVE DALLA RICHIESTA, SARA’ COMUNICATO IL LUOGO E L’ORA DELLA PRIMA VISITA AL RICHIEDENTE TRAMITE (scegliere una o più modalità)

[ ] stessa e-mail [ ] altra e- mail (indirizzo):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] TELEFONO al numero:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Cellulare al numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al momento della visita esibire il codice fiscale o la tessera sanitaria del minore . Non è necessaria ricetta del pediatra con richiesta della visita.

|  |
| --- |
| **dati del minore**  Cognome………………………………………………………………………………………………..............................................................  Nome…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Nato a ……………………………………………………………………il ……………………………………………:………………………….  Residenza a…………………………………………........................ in via …………………………………………………………….… |

|  |
| --- |
| **Richiedente**  Cognome e nome……………………………………………………………………………………………  Grado di parentela (genitore, tutore, altro)………………………………………………………………: |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DELLA RICHIESTA** (Descrivere brevemente)  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| ***Riservato all’amministrazione***  La visita è prenotata per il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ambulatorio di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’addetto |