

MODULO RICHIESTA SEDIA A ROTELLE

Dati del Richiedente:

Nome e Cognome : _____

Data di nascita : _____

Codice Fiscale : _____

Indirizzo Residenza : _____

Telefono : _____

Email : _____

Dati del Medico Certificatore:

Nome e Cognome : _____

Specializzazione : _____

Numero di iscrizione all'albo : _____

Indirizzo Studio : _____

Motivazione della Richiesta:

Il sottoscritto richiede la fornitura di una sedia a rotelle per motivi di invalidità o difficoltà deambulatorie certificate dal medico sopra indicato. La sedia a rotelle sarà utilizzata per garantire la mobilità personale e migliorare la qualità della vita del richiedente.

Caratteristiche Richieste della Sedia a Rotelle:

- Peso massimo supportato: _____
- Tipo di sedia: manuale / elettrica (barrare la voce)
- Dimensioni: larghezza seduta _____ cm, profondità seduta _____ cm
- Accessori richiesti: _____
- Altro (specificare): _____

Dichiarazione del Richiedente:

Dichiaro che le informazioni fornite sono veritiere e complete. Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi della normativa vigente.

Firma del Richiedente

Firma del Medico Certificatore

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://richiesta-pronta.com/modulo-richiesta-sedia-a-rotelle/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://richiesta-pronta.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.