

Data, _____

Spett.le
Istituto Nazionale della
Previdenza Sociale
U.d.P. Invalidi Civili

Oggetto: frequenza estiva 201 ..

Si **dichiara** che il minore _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via _____

è stato in trattamento terapeutico o riabilitativo ambulatoriale. *la sua frequenza al centro è stata regolare, continuativa, compatibile ed adeguata ai risultati attesi dal trattamento riabilitativo in atto, ai sensi della circolare 19/92 del Ministero degli Interni, nei seguenti mesi/giorni:*

Luglio giorni: _____ totale _____
Agosto giorni: _____ totale _____
Settembre giorni: _____ totale _____

presso:

- Opera in regime di convenzione con S.S.N.
 Non opera in regime di convenzione (natura privata)

Tipo di trattamento terapeutico/riabilitativo

L'obiettivo terapeutico e di recupero, pur con un numero contenuto di sedute, risulta soddisfatto ? SI NO (barrare la casella interessata)

Il centro **chiude** / **non chiude** nei periodi delle vacanze scolastiche (cancellare la voce che non interessa).

La frequenza al Centro per il trattamento terapeutico/riabilitativo **si interrompe** nei mesi estivi di : _____

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE DEL CENTRO
