



Associazione Paraplegici delle Marche ODV
Rua Antonio Miliani 23 63100 Ascoli Piceno
Segreteria
tel.\fax. 0736252476 port. 3487765932
codice fiscale:92036180443

E-mail: apmarche@tiscali.it Pec. associazioneparaplegicimarche@pec.it
sito: <http://www.apmarche.org>

Modulo di presa in carico dell'utente in dimissione per il percorso socio-sanitario Ospedale Territorio

- AREA VASTA DI RESIDENZA

Numero : _____	Indirizzo _____
Num.tel..... fax. _____	e-mail: _____
Nominativo del referente	

- DISTRETTO SANITARIO di residenza (segnalare l'accessibilità degli uffici)

Numero di Distretto Sanitario N. ____	Citta _____
indirizzo _____	
Num.tel. _____	fax: _____ e-mail: _____
Nominativo del Direttore _____	

Ambito Territoriale Sociale A.T.S.

Numero dell'Ambito N. ____	Sede _____
indirizzo _____	
Num.tel. _____	fax: _____ e-mail: _____
Nominativo del Coordinatore d'ambito territoriale _____	



Associazione Paraplegici delle Marche ODV
Rua Antonio Miliani 23 63100 Ascoli Piceno
Segreteria
tel.\fax. 0736252476 port. 3487765932
codice fiscale:92036180443

E-mail: apmarche@tiscali.it Pec. associazioneparaplegicimarche@pec.it
sito: <http://www.apmarche.org>

Fisiatria , riabilitazione e protesica (segnalare l'accessibilità degli uffici)

Zona territoriale _____ indirizzo _____
_____ Num.tel. _____ fax. _____
e-mail: _____
Nominativo del referente _____

Protocollo (segnalare l'accessibilità degli uffici)

Zona territoriale _____ indirizzo _____
Num.tel. _____
_____ fax: _____ e-mail: _____
Nominativo del referente _____

Farmacia ospedaliera(segnalare l'accessibilità degli uffici) se presente

Zona territoriale _____ indirizzo _____
Num.tel. _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del referente _____



Associazione Paraplegici delle Marche ODV
Rua Antonio Miliani 23 63100 Ascoli Piceno
Segreteria
tel.\fax. 0736252476 port. 3487765932
codice fiscale:92036180443

E-mail: apmarche@tiscali.it Pec. associazioneparaplegicimarche@pec.it
sito: <http://www.apmarche.org>

Centro Unico Prenotazioni(segnalare l'accessibilità degli uffici)

Zona territoriale _____ indirizzo _____
Num.tel. _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del referente _____

Medicina legale.

Ospedale _____ indirizzo _____
Num.tel _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del Dirigente _____

P.U.A.

Ospedale _____ indirizzo _____
Num.tel _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del Dirigente _____

UMEA\UMEE

Ospedale _____ indirizzo _____
Num.tel _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del Dirigente _____



Associazione Paraplegici delle Marche ODV

Rua Antonio Miliani 23 63100 Ascoli Piceno

Segreteria

tel.\fax. 0736252476 port. 3487765932

codice fiscale:92036180443

E-mail: apmarche@tiscali.it Pec. associazioneparaplegicimarche@pec.it

sito: <http://www.apmarche.org>

Centro per l'impiego Legge 68\99

Provincia _____ Centro per l'impiego indirizzo _____
Num.tel _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del Dirigente _____

Servizio traffico del comune per tagliando disabili

Sede _____ indirizzo _____
Num.tel _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del Dirigente _____

Sede INPS(invalidità civile,permessi 104\92 ecc.)

Sede INPS _____ indirizzo _____
Num.tel _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del Dirigente _____

Ufficio delle Entrate per ottenere sgravi fiscali su : bollo auto e IPT\Acquisto ausili

Sede Provinciale _____ indirizzo _____
Num.tel _____ fax _____ e-mail: _____
Nominativo del Dirigente _____



Associazione Paraplegici delle Marche ODV
Rua Antonio Miliani 23 63100 Ascoli Piceno
Segreteria
tel.\fax. 0736252476 port. 3487765932
codice fiscale:92036180443

E-mail: apmarche@tiscali.it Pec. associazioneparaplegicimarche@pec.it
sito: <http://www.apmarche.org>

Univesità ,per ottenere sgravi fiscali per famiglia o utente

Ogni facolta' ha una propria procedura per l'accesso alle facilitazione,pero' l'utente deve fare presso un C.A.F. L'I.S.E.E. O L'I.S.E.U. presentando entro fine ottobre con tutta la documentazione richiesta dal C.A.F.

Contributi\borse lavoro\Vita Indipendente\T.I.S.

Comune\A.t.s. _____ indirizzo_____
Num.tel _____ fax _____ e-mail:_____
Nominativo del Dirigente Politiche Sociali del comune di residenza_____
Assessore alle politiche sociali del comune_____

LEGG 13 per rimborso costi abbattimento barriere architettoniche

Comune Ufficio patrimonio o lavori pubblici _____ indirizzo_____
Num.tel _____ fax _____ e-mail:_____
Nominativo del Dirigente del comune di residenza_____