

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter usufruire del Servizio GRATUITO di Fisioterapia a supporto di persone operate al seno e/o all'apparato urogenitale a cura dell'Associazione I.R.I.S. ODV con il contributo della FONDAZIONE C.R.TORTONA denominato INSIEME CON IRIS.

A tal fine e sotto la propria responsabilità **dichiara** di :

- ✓ essere stato informato circa le modalità di accesso al servizio (inserimento in lista di attesa in base alla data di arrivo delle richieste);
- ✓ essere a conoscenza che il Servizio potrà NON essere accordato a causa dell'esaurimento dei fondi stanziati; della non corrispondenza della patologia con le finalità del Servizio proposto o sospeso in qualsiasi momento per cause di forza maggiore (allerta meteo, emergenze sanitarie, altro);

L'utente concorderà gli orari con il Fisioterapista e si impegna ad **avvisare tempestivamente** in caso di ritardo/assenza o altro;

### **ALLEGA**

- **Certificazione del medico curante e/o oncologo.**

Novi Ligure, lì \_\_\_\_\_

Firma Utente \_\_\_\_\_