

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL CONCORSO DELLE SPESE PER L'EFFETUAZIONE DEL  
TRATTAMENTO RIABILITATIVO CON METODO FAY**  
(Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 7 bis)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di medico:

- Pubblico
- Convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale

Specialista in \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

di avere in cura il/la Signor/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ affetto/a da:

---

(indicare la patologia neuro-psichica)

✓ che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di sottoporsi a prestazioni di natura terapeutico-riabilitativa con metodo Fay in Italia

✓ che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a ed in linea con gli standard di buona pratica clinica, che la struttura sanitaria da me indicata è idonea alla presa in carico dello stesso/a e di aver verificato positivamente i risultati del metodo riabilitativo Fay dando atto che il presente piano di cura ha validità per l'anno in corso al fine del rimborso della spesa.

- Che la presente CERTIFICAZIONE in originale è trattenuta nella cartella clinica del paziente ed è stata inviata direttamente ad ASUIT in copia dal sottoscritto entro 30 giorni dalla data della sua elaborazione ;
- Che la presente certificazione, in originale è stata consegnata al paziente che dovrà consegnarla entro 30 giorni dalla data della Sua elaborazione agli uffici preposti

In fede.

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e firma per esteso (leggibile)**