RECOMANDARE[1]

privind acordarea de tehnologii şi dispozitive asistive şi tehnologii de acces

- model -

Nr. ...../.....*)

Unitatea medicală ..... |_| CMI
Adresa ..... |_| Ambulatoriu
|_| Spital

Nume, prenume medic .....
Cod parafă medic .....
Specialitatea medicului .....
Date contact medic:
- telefon/fax .....
- e-mail medic .....
1. Numele şi prenumele persoanei cu dizabilităţi .....
2. Data naşterii .....
3. Domiciliul .....
4. Codul numeric personal al persoanei cu dizabilităţi .....
5. Cod diagnostic (inclusiv al bolilor asociate) .....
6. Denumirea şi tipul de tehnologii/dispozitive asistive/tehnologii de acces (din anexa nr. 1 la procedură):
.....

Data emiterii recomandării .....
Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului .....

NOTĂ:
Recomandarea are o valabilitate de 12 luni.

---

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaia de observaţie.

---

[1] *Anexa nr. 3* la *Procedura de acordare a subvenţiilor pentru sprijinirea persoanelor cu dizabilităţi în accesarea şi utilizarea de tehnologii şi dispozitive asistive şi tehnologii de acces, altele decât cele finanţate prin Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*, aprobată prin Ordinul comun al ministrului muncii şi justiţiei sociale, ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 721/481/210/2019 din 1 aprilie 2019