



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO

P.zza Pellico, 1 – 10023 Chieri

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017 - [www.aslto5.piemonte.it](http://www.aslto5.piemonte.it)  
centralino +39 011 94291 – pec [protocollo@cert.aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it) – e-mail [protocollo@aslto5.piemonte.it](mailto:protocollo@aslto5.piemonte.it)

**Allegato 4c**

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE AUSILI DA PARTE DEL MEDICO FISIATRA  
PRESSO OFFICINA ORTOPEDICA INDIVIDUATA DALL'ASSISTITO/MAGAZZINO ASLTO5**

Il sottoscritto..... in qualità di.....  
per la valutazione dell'ausilio .....

richiede

che il Dott./Dott.ssa ..... della S.C. di Recupero e Rieducazione  
Funzionale di ..... sia presente il giorno..... presso:

- o l'Officina Ortopedica ..... da  
me liberamente scelta
- o presso il Magazzino dell'ASL TO5

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si autorizza il ..... ad eseguire la valutazione richiesta in orario di  
servizio dalle ore.....alle ore.....del giorno .....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Direttore RRF o suo delegato

\_\_\_\_\_