**RECOMANDARE**

**privind acordarea de tehnologii şi dispozitive asistive şi tehnologii de acces**

 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.