

## Richiesta consulenza di valutazione per ausili elettronici

(questo formulario va inviato dall'ufficio AI del suo Cantone di domicilio)

### Ausilio elettronico per:

- Comunicazione (CMAI 15.02)
- Controllo d'ambiente (CMAI 15.05)
- Mezzi ausiliari sul posto di lavoro o per facilitare la formazione (CMAI 13.01)
- Voltapagine (CMAI 15.04)

### Fornitore desiderato:

Handy System sagl – Via Gismonda 9 – 6850 Mendrisio

### Dati personali dell'assicurato

- Uomo
- Donna

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap e Paese \_\_\_\_\_

Numero AVS \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Nr. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Dati personali del rappresentante legale

- Genitore
- Altro: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap e Paese \_\_\_\_\_

Nr. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Istituto

Nome \_\_\_\_\_ Persona di contatto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap e Paese \_\_\_\_\_

Nr. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Persona di contatto per domande specialistiche:**

(medico, logopedista, ergoterapista ecc. ecc.)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap e Paese \_\_\_\_\_

Funzione \_\_\_\_\_

Nr. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap e Paese \_\_\_\_\_

Funzione \_\_\_\_\_

Nr. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap e Paese \_\_\_\_\_

Funzione \_\_\_\_\_

Nr. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Diagnosi:**

- Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)
- Paralisi celebrale
- Paraplegia
- Tetraplegia
- Sclerosi Multipla
- Afasia
- Altro \_\_\_\_\_
  
- L'assicurato sa scrivere
- L'assicurato sa leggere

**Motivazione dettagliata della richiesta:**

Perché viene richiesto un ausilio? Difficoltà attuali? Misure già adottate?  
(se possibile allegare un certificato medico o il rapporto di uno specialista)

Con la mia firma confermo che il rapporto di valutazione come pure il rapporto finale possono essere inviati a tutte le persone indicate sopra come pure ai responsabili istituzionali

\_\_\_\_\_  
Firma dell'assicurato o del rappresentante legale

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

**Questo formulario va inviato all'ufficio dell'Assicurazione Invalidità del cantone di domicilio.**

**Una copia va inviata a:**

Handy System sagl  
Via Gismonda 9  
6850 Mendrisio  
info@handysystem.ch