Azienda Sanitaria Locale Roma E
Dipartimento di Salute Mentale – U.O.C.....

Centro di Salute Mentale**.....

Cognome.....Nome.....

Data appuntamento.....ore.....motivo...RINNOVO PATENTE

Esente* SI ~~NO~~ Codice esenzione.....

Dott. .....

Prestazioni

4.01.1	Somministrazione test di intelligenza	€ 9,71	☐
4.01.2	Somministrazione test di deterioramento	€ 15,49	☐
4.08.3	Somministrazione test proiettivo o di personalità	€ 7,75	☐
4.09	Colloquio psicologico-clinico	€ 19,37	☐
RM 12	Visita psichiatrica per certificato	€ 14,46	☒

*Queste prestazioni sono erogate per fini medico-legali, pertanto non rientrano nei L.E.A. e devono essere pagate per intero. Nel caso di certificazioni per l'affido o per l'adozione, essendo esenti dal pagamento (DPCM del 28/11/2003) bisogna specificare, nell'apposito spazio il codice esenzione RECUP I01.

Codici Centri di Salute Mentale**

101 Via Plinio n° 31
102 Via Montesanto n° 71
103 Via Boccea n° 271
104 Via Innocenzo IV n° 16/d
107 Via San Godenzo n° 204
108 Via Antonino di Giorgio n° 19
111 Presidio Territoriale Giovani Adulti V. Plinio n° 31

ASL RM/E
POL. TOR DI QUINTO
PAGATO
Data _____

Firma e timbro del Dirigente