**MODULO PER LA CANDIDATURA A STRUTTURA RIABILITATIVA SPECIALISTICA**

**PER LE MALATTIE RARE**

*Compilare in modo leggibile, preferibilmente a computer o in stampatello*

**PARTE A**

***CARATTERISTICHE GENERALI DELLA STRUTTURA CHE RICHIEDE LA CANDIDATURA***

*Compilare una sola volta nel caso in cui la Struttura si candidi per più Malattie Rare/Gruppi*

**1. DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA CHE RICHIEDE LA CANDIDATURA**

.......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

**Indirizzo:** ...................................................................................................................................................................................

**2. CARATTERISTICHE GENERALI DELLA STRUTTURA E OFFERTA RIABILITATIVA PROPOSTA**

a) **Organizzazione della Struttura**

Riabilitazione neurologica □ SI □ NO

□ Degenza Riabilitativa Intensiva

□ Riabilitazione Macroattività Ambulatoriale Complessa

□ Riabilitazione Ambulatoriale

Riabilitazione ortopedica □ SI □ NO

□ Degenza Riabilitativa Intensiva

□ Riabilitazione Macroattività Ambulatoriale Complessa

□ Riabilitazione Ambulatoriale

Riabilitazione respiratoria □ SI □ NO

□ Degenza Riabilitativa Intensiva

□ Riabilitazione Macroattività Ambulatoriale Complessa

□ Riabilitazione Ambulatoriale

Riabilitazione cardiologica □ SI □ NO

□ Degenza Riabilitativa Intensiva

□ Riabilitazione Macroattività Ambulatoriale Complessa

□ Riabilitazione Ambulatoriale

Servizio di radiologia □ SI □ NO

Servizio di neurofisiologia □ SI □ NO

Servizio di pneumologia □ SI □ NO

Servizio di cardiologia □ SI □ NO

Servizio di medicina del sonno □ SI □ NO

Servizio nutrizionale □ SI □ NO

Servizio supporto psicologico □ SI □ NO

Servizio sociale □ SI □ NO

Mediatore culturale □ SI □ NO

b) **Organizzazione territoriale e riabilitativa**

Presa in carico residenziale □ SI □ NO

Presa in carico territoriale (Case di Comunità) □ SI □ NO

Presa in carico domiciliare □ SI □ NO

Telemedicina (per visite specialistiche) □ SI □ NO

Teleriabilitazione □ SI □ NO

Degenza Riabilitativa Estensiva □ SI □ NO

c) **Competenze**

Servizio di riabilitazione età evolutiva □ SI □ NO

Servizio di riabilitazione dell’adulto □ SI □ NO

Logopedia per rieducazione del linguaggio □ SI □ NO

Logopedia per disfagia □ SI □ NO

Riabilitazione cognitiva □ SI □ NO

Terapia occupazionale □ SI □ NO

Trattamento con tossina botulinica □ SI □ NO

Presa in carico portatori di tracheostomia □ SI □ NO

Riabilitazione robotica □ SI □ NO

Riabilitazione con realtà virtuale □ SI □ NO

Gestione presidi e device (es: tracheo – PEG – stomie) □ SI □ NO

*se SI, indicare quali:*

……………………………………………………………………………………………………

d) **Risorse tecnologiche e attività prescrittiva**

Prescrizione dispositivi di supporto alla respirazione □ SI □ NO

*se SI, indicare quali:*

…………………………………………………………………………………………………….

Prescrizione di ausili e ortesi □ SI □ NO

Prescrizione mezzi di comunicazione alternativi □ SI □ NO

*se SI, indicare quali:*

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

**3. SPECIFICA PROPOSTA RIABILITATIVA**

3.1 Indicare le **MACROAREE DI DISABILITÀ** per cui la Struttura dimostra consolidata esperienza:

□ **Malattie neurologiche:**

□ Riabilitazione nella Spasticità

□ Riabilitazione nelle Atassie

□ Riabilitazione nelle Distonie

□ Riabilitazione nei Parkinsonismi

□ Rieducazione del cammino

□ Riabilitazione delle Malattie del Motoneurone

□ Riabilitazione nelle Patologie della Placca Neuromuscolare

□ Riabilitazione delle Neuropatie Periferiche

□ Riabilitazione nelle Miopatie, Distrofie e Atrofie Muscolari

□ Riabilitazione dei Disturbi delle funzioni cognitive superiori (memoria, attenzione…)

□ Riabilitazione nei Disturbi del comportamento

□ Riabilitazione nelle Afasie

□ Riabilitazione nelle Disartrie

□ Trattamento riabilitativo della Disfagia

□ Gestione riabilitativa della funzione urinaria

□ Gestione riabilitativa della funzione intestinale

□ **Malattie del sistema muscolo scheletrico:**

□ Rieducazione motoria dei disturbi muscolari e articolari

□ Trattamento riabilitativo post chirurgia ortopedica

□ **Malattie ematologiche e della coagulazione:**

□ Rieducazione motoria e miglioramento della performance globale

□ Riabilitazione nei disturbi osteoarticolari

□ Trattamento riabilitativo post chirurgia ortopedica

□ **Malattie del sistema linfatico:**

□ Trattamento riabilitativo del Linfedema

□ **Malattie del sistema cardiovascolare e polmonare:**

□ Riabilitazione della funzione cardio respiratoria

□ Gestione riabilitativa dei presidi per la ventilazione

**4. CARATTERISTICHE SPECIFICHE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN ETÀ PEDIATRICA ED EVOLUTIVA**

*Compilare, ad integrazione del paragrafo precedente, in caso di candidatura per la presa in carico del paziente pediatrico e dell’età evolutiva*

a) **Organizzazione della Struttura**

Riabilitazione neuropsichiatrica □ SI □ NO

Riabilitazione neuropsichiatrica/pediatrica < 12 mesi □ SI □ NO

Rivalutazione periodica del PTI □ SI □ NO

Servizio di Neuropsichiatria □ SI □ NO

b) **Organizzazione territoriale**

Rapporto con UONPIA □ SI □ NO

Rapporto con scuola □ SI □ NO

c) **Competenze**

Riabilitazione neuropsicomotoria/educativa □ SI □ NO

Supporto psicologico e integrazione con presa in carico genitoriale □ SI □ NO

Riabilitazione logopedica (svezzamento da SNG/PEG) □ SI □ NO

Riabilitazione respiratoria (svezzamento da ventilazione invasiva/non invasiva) □ SI □ NO

Potenziamento cognitivo (funzioni esecutive, linguaggio, attenzione….) □ SI □ NO

d) **Risorse tecnologiche**

Prescrizione di ausili con specificità per età evolutiva □ SI □ NO

Sistemi per lo studio dei disturbi del sonno/OSAS (es. EMBLETTA) □ SI □ NO

Riabilitazione robotica □ SI □ NO

**5. SERVIZI PRESENTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA**

Adesione al sistema CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi - Sistema Informativo Socio Sanitario) □ SI □ NO

Se SI: indicare il referente informatico individuato dalla Struttura che opera nell’ambito del circuito CRS-SISS:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Abilitazione alla prescrizione in Assistant RL □ SI □ NO

Altri servizi/strutture di supporto o complementari presenti all’interno della Struttura:

□ Supporto psicologico per pazienti e familiari

□ Assistente sociale

□ Mediatore linguistico

□ Altri servizi, specificare:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Il presente *Modulo per la candidatura a Struttura riabilitativa specialistica per le malattie rare* (PARTE A) viene trasmesso unitamente a N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scheda/schede (PARTE B) per i seguenti codici di esenzione.

**Codice esenzione Malattia Rara/Gruppo**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INDICARE IL NOMINATIVO DI UN REFERENTE CON IL RELATIVO RECAPITO TELEFONICO CONTATTABILE PER EVENTUALI CHIARIMENTI IN MERITO ALLE INFORMAZIONI RIPORTATE NELLA PRESENTE SCHEDA DI CANDIDATURA:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

***del Legale rappresentante della Struttura***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Se la Struttura è già Centro di riferimento della *Rete regionale per le malattie rare*, apporre anche la firma del Referente per la *Rete regionale malattie rare*.

Vedasi elenco *Referenti Rete regionale malattie rare*: <https://malattierare.marionegri.it/la-rete/referenti-rete-mr/>

**FIRMA**

***del Referente del Centro di riferimento***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***INDICAZIONI PER LA TRASMISSIONE DELLE CANDIDATURE***

Il *modulo per la candidatura* a *Struttura riabilitativa specialistica*della *Rete regionale malattie rare* può essere scaricato dai seguenti siti internet:

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/Cure-specialistiche-e-consultori/ser-rete-regionale-malattie-rare-sal/rete-regionale-malattie-rare>

oppure

<https://malattierare.marionegri.it> 🡪 La Rete 🡪 Modulistica

La modulistica per la candidatura è costituita da:

**PARTE A** 🡪 Caratteristiche generali della Struttura che richiede la candidatura

*(da compilare una sola volta, anche nel caso in cui la Struttura si candidi per più Malattie Rare/Gruppi)*

**PARTE B**🡪 Caratteristiche specifiche della Struttura che richiede la candidatura

(*da* *compilare modulo per ciascuna Malattia Rara/Gruppo per cui la Struttura si candida)*

Compilare la modulistica per la candidatura (**PARTE A** e **PARTE B**) in modo accurato: le schede incomplete non verranno considerate idonee.

Se la Struttura è già Centro di riferimento per la specifica Malattia Rara/Gruppo non deve presentare la candidatura a Struttura riabilitativa, potendone già svolgere le relative funzioni.

La scheda **PARTE A** deve essere sottoscritta dal *Legale rappresentante della Struttura* e, se la Struttura è già Centro di riferimento della *Rete regionale per le malattie rare*, anche dal relativo *Referente.*

Alla candidatura si dovranno allegare:

* una o più schede relative a ciascuna Malattia Rara/Gruppo per cui la Struttura si candida, comprensive del modello 1 (**PARTE B**);
* i *curricula* dei medici di riferimento (indicati nella **PARTE B**), datati e firmati, con autorizzazione al trattamento dei dati personali e dichiarazione di veridicità;
* eventuale ulteriore documentazione.

Le candidature devono essere indirizzate a:

**Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare**

U.O. Polo Ospedaliero

[welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it)

e trasmesse per conoscenza a:

**Centro di Coordinamento della Rete regionale malattie rare**

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

[malattierare@pec.marionegri.it](mailto:malattierare@pec.marionegri.it)