



Distretto di Oristano

**All'Azienda U.S.L. N°5
Distretto Sanitario di Oristano
Ufficio Ricoveri Extra-Regione /esteri**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ Via _____ n _____
tel. _____ cellulare _____
Cod. Reg. _____ Cod. Fisc. _____

CHIEDE

**Anticipazione Spese di viaggio (70%) _____
Legge Regionale 26/91
Si allega alla presente preventivo di viaggio rilasciato dall'Agenzia.**

Oristano _____

In Fede
