

---

*Distretto di Oristano*

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

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

**CHIEDE**

L'AUTORIZZAZIONE a fruire di Assistenza Sanitaria extra- regione presso :

Ospedale \_\_\_\_\_ Pubblico \_\_\_\_\_ Privato \_\_\_\_\_

Per il familiare (minore) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ - Cod. Reg. \_\_\_\_\_ Cod. Fis. \_\_\_\_\_

in quanto affetto da: \_\_\_\_\_

Per effettuare: \_\_\_\_\_

---

L'AUTORIZZAZIONE all'accompagnamento da parte di

**si rammenta che l'accompagnatore viene concesso ai minori di anni 18 – ai pazienti non autosufficienti**

**Al fine di ottenere il rimborso per la spesa ai sensi della L.R. n°26/91.**

**Il sottoscritto allega alla presente richiesta:**

- 1) relazione sanitaria rilasciata dallo specialista attestante la diagnosi, la necessità e il tipo di trattamento sanitario da effettuare e l'indicazione del presidio nel quale sia necessario effettuarlo ( nel caso di prima autorizzazione)
- 2) certificato rilasciato dal presidio sanitario dal quale risulti la necessità di un successivo ricovero o vista di controllo (nel caso di successiva autorizzazione)
- 3) altra documentazione atta a definire l'indicazione terapeutica
- 4) cf di residenza cf di famiglia assistito /
- 5) cf di residenza accompagnatore (Ovvero autocertificazione ai sensi della Legge 15/05/97 n°127)
- 6) fotocopia foglio SAU assistito

Oristano \_\_\_\_\_ -

Firma \_\_\_\_\_ -