

ASSISTENZA SANITARIA EXTRA REGIONE
L.R. n°26 del 23/07/91

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

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ Via _____ n _____
tel. _____ cellulare _____
Cod. Reg . _____ Cod. Fisc. _____ **CHIEDE** per sé
o per il familiare _____ nato a _____
il _____ c.reg _____ **RICOVERATO D'URGENZA IL** _____
presso _____
con la seguente diagnosi _____

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

allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

- Certificato sanitario attestante la diagnosi e l'urgenza de trasferimento fuori del territorio regionale;
- Relazione sanitaria rilasciata dal presidio dove è avvenuto il ricovero;
 - cf di residenza cf di famiglia assistito

(Ovvero autocertificazione ai sensi della Legge 15/05/97 n°127)

- fotocopia foglio SAU assistito
- altra documentazione sanitaria

Oristano _____ -

Firma _____ -