

All'Azienda U.S.L. n° 5 Oristano  
Ufficio Ricoveri extra-regione /esteri  
Distretto Sanitario di ALES

ASSISTENZA SANITARIA EXTRA-REGIONE/ESTERI  
**L.R. N° 26 DEL 23/07/91**  
RICHIESTA A POSTERIORI PER URGENZA

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ COD. REGIONALE \_\_\_\_\_

COD. FISC. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

LA CONCESSIONE DEI BENEFICI PREVISTI DALL'ART. 13 O DALL'ART.23

RELATIVI ALLE SPESE SANITARIE (SOLO PER L'ESTERO) E DI VIAGGIO IN QUANTO

**RICOVERATO D'URGENZA IL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_**

Pubblico/Accred. \_\_\_\_\_ Privato \_\_\_\_\_ per sé o per il familiare \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, con la seguente diagnosi \_\_\_\_\_

Al fine di ottenere il rimborso per le spese ai sensi della L.R. N° 26/91.

Il sottoscritto allega alla presente richiesta:

- Certificato sanitario rilasciato dal presidio sanitario o dallo specialista attestante la diagnosi e l'urgenza del trasferimento fuori dal territorio regionale
- Relazione sanitaria rilasciata dal presidio dove è avvenuto il ricovero d'urgenza
- Altra documentazione atta a definire l'indicazione terapeutica
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione di residenza ai sensi dell'art. 38 D.P.R. N. 445 del 28.12.2000
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione di stato di famiglia ai sensi " " " " "
- Tesserino del medico o foglio SAU

Ales, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'interessato o del genitore se minore