

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

ASSISTENZA SANITARIA EXTRA-REGIONE/ESTERI
L.R. N° 26 DEL 23/07/91
RICHIESTA ANTICIPAZIONE SPESE VIAGGIO

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

CAP _____ TEL. _____ COD. REGIONALE _____

COD. FISC. _____

In seguito all'autorizzazione rilasciata da questa Azienda U.S.L. in data _____

CHIEDE

LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO AI SENSI DELL'ART. 11 PER

L'ANTICIPAZIONE DELLE SPESE DI VIAGGIO (indicare il mezzo) _____

RELATIVE AL TRASFERIMENTO PER CURE PRESSO _____

_____ per sé o per il familiare _____

nato a _____ il _____ per un importo complessivo di € _____

Detta somma dovrà accreditarsi tramite _____

A tal fine il sottoscritto allega alla presente richiesta:

Preventivo delle spese di viaggio in originale

Ales, li ____ / ____ / _____

Firma dell'interessato o del genitore se minore