

ASSISTENZA SANITARIA EXTRA-REGIONE/ESTERI

L.R. N° 26 DEL 23/07/91

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

CAP _____ TEL. _____ CELL. _____

COD. REGIONALE _____ COD. FISC. _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE A FRUIRE DI ASSISTENZA SANITARIA EXTRAREGIONE

PRESSO: _____

Pubblico/Accred. _____ Privato _____ per sé o per il familiare _____

nato a _____ il _____, in quanto affetto da _____

per effettuare _____

 L'AUTORIZZAZIONE all'accompagnamento da parte di _____

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

Il sottoscritto allega alla presente richiesta:

- 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)
- Certificato rilasciato dal presidio sanitario dal quale risulti la necessità di un successivo ricovero o visita di controllo (nel caso di successiva autorizzazione)
- 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