

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 RIMBORSI SPESE VIAGGIO E/O SANITARIE PER URGENZA A POSTERIORI

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

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

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

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

In seguito all'autorizzazione a posteriori per urgenza rilasciata da questa Azienda U.S.L. in data \_\_\_\_\_

### CHIEDE

IL RIMBORSO DEL CONTRIBUTO PER SPESE DI VIAGGIO E/O SANITARIE

RELATIVE AL **TRASFERIMENTO D'URGENZA** PER CURE PRESSO \_\_\_\_\_

per sé o per il familiare \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

A tal fine il sottoscritto allega alla presente richiesta:

- N° \_\_\_\_\_ biglietti di viaggio in originale
- Certificazione sanitaria, in originale, rilasciata dalla struttura sanitaria extra regione che attesti la data di ammissione e di dimissione del paziente o la data delle avvenute prestazioni urgenti
- Certificato sanitario in originale, che attesti la necessità della presenza dell'accompagnatore
- Relazione sanitaria aggiornata ed eventuale protocollo terapeutico

Il sottoscritto chiede che la somma dovuta sia accreditata mediante:

- Assegno circolare non trasferibile
- Accredito sul c/c bancario/postale n° \_\_\_\_\_ KAB \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_
- Quietanza propria

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

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