

DOMANDA RICHIESTA AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE
(Decreto 3/11/1989)

ASSISTITO: Cognome e Nome

nato a:

Indirizzo di residenza: via e numero:

Comune:

CAP:

Codice fiscale:

Telefono numero:

C H I E D E

alla S.V. l'inoltro al CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER

dell'O.C. DI

per l'autorizzazione al trasferimento all'estero per cure del paziente qui di seguito nominato:

Cognome e Nome

nato a

il

Indirizzo di residenza: via e numero:

Comune:

Codice fiscale:

Per ricevere cure di:

presso l'Istituto di cura:

con sede a

Allega la seguente documentazione:

- 1) proposta di un medico specialista di struttura pubblica motivata in ordine all'impossibilità di fruire della prestazione in Italia tempestivamente ed in forma adeguata al caso clinico;
- 2) copia fotoprodotta del documento che dà diritto all'assistenza sanitaria a carico del S.S.N.

DATA

FIRMA