

AL CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA BRANCA DI: _____

e, p.c.

ALLA REGIONE MARCHE – SERVIZIO SANITA' – ANCONA

OGGETTO: Autorizzazione per la fruizione di prestazioni assistenziali all'estero da parte dell'Assistito:

_____ nato il _____

Il sottoscritto _____

residente a _____ via _____ n° _____

telefono _____/_____

per sé

per il familiare indicato in oggetto

affetto da _____

CHIEDE

1. di essere autorizzato a fruire di prestazioni assistenziali all'estero presso:
_____ Stato _____

per essere sottoposto a:

Accertamenti diagnostici

Trattamenti terapeutici

Intervento chirurgico

2. di essere autorizzato ad usufruire del trasporto con il seguente mezzo:

anche per il familiare: _____

A tal fine allega la proposta redatta dallo specialista:

Dr. _____ di _____

Data _____

Firma _____

A.S.U.R. – AREA VASTA 4

Ricevuta il _____ prot. _____

PARERE DEL SANITARIO DELEGATO

Vista la documentazione sanitaria agli atti si esprime, per quanto di competenza, parere favorevole al trasferimento all'estero dell'assistito:

....., li