

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PRESSO
CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO**

U.L.S.S. N. 5
U.O.S.D. Assistenza Specialistica Protesica Integrativa
Via Kennedy 2
36071 ARZIGNANO (VI)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
Via _____ telefono n. _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

CHIEDE

l'autorizzazione per la fruizione di prestazioni assistenziali presso il Centro di altissima specializzazione _____
con sede a _____
dal _____ al _____
patologia _____
motivazione del ricovero _____

mezzo di trasporto eventualmente richiesto _____

Allega la seguente documentazione:

- 1) proposta motivata di un medico specialista in ordine all'impossibilità di fruire della prestazione in Italia tempestivamente od in forma adeguata al caso clinico;

Data _____ Firma _____

RISERVATO AL DISTRETTO

BRANCA SPECIALISTICA _____
CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO _____

PRATICA N° _____ ESTERO DIRETTA _____ E STERO INDIRETTA _____