

Prestazioni Extraregione

Modello di domanda/autorizzazione e autocertificazione

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____
telef. _____ Cod. Fiscale _____
In qualità di _____

Ai sensi della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991

CHIEDE

Per se o per il paziente _____
nato a _____ il _____
residente in _____ via _____
Cod. Fiscale _____

L'autorizzazione a fruire dell'assistenza sanitaria diretta/indiretta nel territorio nazionale/estero presso la struttura sanitaria: _____

Con il seguente mezzo di trasporto: : Aereo Traghetto

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che il paziente _____ è residente in _____
Via _____

ALLEGA

- Proposta sanitaria attestante la necessità delle prestazioni, predisposta da un medico specialista;
- Certificazione attestante la data di prenotazione della visita di controllo;
- Copia della tessera sanitaria;
- Copia del documento di identità (dell'assistito).

Luogo e Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Firma _____