

## RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALLE SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO

( Riquadro da compilarsi a cura dell'assistito o di un suo familiare )

Spett. U. S. L. n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

chiede che vengano concessi i benefici previsti dalla l.r. 202/79 e 20/86 al \_\_\_\_\_ sig. \_\_\_\_\_

nat. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

il quale si è recato a \_\_\_\_\_ presso il centro \_\_\_\_\_

per usufruire di prestazioni sanitarie.

Fa presente che, come da certificazione sanitaria allegata, le condizioni del paziente  **NECESSITANO**

**NON NECESSITANO** della presenza di un accompagnatore

Mezzo di trasporto richiesto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

**ALLEGATI :**

- Copia codice fiscale del richiedente e del beneficiario
- Cartella clinica o relazione medica di dimissione dell'avvenuto ricovero
- 

**FIRMA**

( Riquadro da compilarsi a cura della azienda USL )

**ALLEGATI PRODOTTI DALLA AZIENDA USL**

Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale

Estremi del protocollo della presente istanza : n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Firma dell'addetto al servizio**