

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE  
IN ASSISTENZA DIRETTA**

( 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 venga rilasciato il Mod. E 112 al \_\_\_ sig. \_\_\_\_\_

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

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

il quale dovrà recarsi a \_\_\_\_\_ presso il centro \_\_\_\_\_

per usufruire di prestazioni sanitarie.

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

il **NON NECESSITANO** della presenza di un accompagnatore.

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

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

**ALLEGATI :**

- Copia codice fiscale del richiedente e del beneficiario
- Referti esami strumentali \_\_\_\_\_
- Certificazione medico-specialistica con diagnosi e piano terapeutico rilasciata da struttura pubblica del S.S.N.
- Relazione del precedente ricovero
- copia dell'invalidità riconosciuta ai sensi dell'art. 11 della L. 104/92

**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**