

**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