

Allegato 1

Spett. le
AZIENDA U.L.S.S. 1 DOLOMITI
Via Feltre, 57
32100 BELLUNO
c.a. Direzione Amministrativa Territoriale

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO CURE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO

*(Decreto 3/11/1989. MIN. 12.12.1989 n. 33 - NOTA REG.44487/20131 del
31.12.1991 - REG.CE 883/2004 - REG.CE 987/2009)*

Cognome e Nome _____

nato/a a: _____ il _____

Indirizzo di residenza: _____

Comune: _____ CAP: _____

Codice fiscale: _____ Telefono n° _____

C H I E D E

inoltrare al CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO per l'autorizzazione al trasferimento all'estero per ricevere cure di

presso l'Istituto/Clinica di cura _____

con sede a _____ il _____

Allega la seguente documentazione:

1) proposta di un medico specialista di struttura pubblica o privata, motivata in ordine all'impossibilità di fruire della prestazione in Italia tempestivamente ed in forma adeguata al caso clinico;

2) documentazione clinica;

3) fotocopia del documento che dà diritto all'assistenza sanitaria a carico del S.S.N (tessera sanitaria);

3) documento d'identità.

Data _____

Firma _____