

R 15

Modello ~~RND-IT/4~~

RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALLE SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO

Spett.le A.S.P. ~~DI~~ AGRIGENTO

di _____

Il _____ sottoscritto _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____ residente in _____

via _____ che vengano concessi i benefici previsti dalla L.R. 202/79

al _____ Sig. _____

nat _____ il _____ a _____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____

il quale dovrà recarsi a _____ presso il Centro _____

di poter fruire dei benefici previsti dalla L.R. n. 202/79 ;

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

NON NECESSITANO della presenza di un accompagnatore .

Mezzo di trasporto richiesto con _____

_____ li _____

ALLEGATI:

ALLEGATI:

- Copia codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- Referti esami strumentali;
- Certificazione medico specialistica con diagnosi e piano terapeutico rilasciata dalla struttura pubblica regionale;
- Relazione del precedente ricovero:

FIRMA

Riquadro da compilarsi a cura dell'Azienda AUSL.

- ALLEGATI PRODOTTI DALLA AZIENDA AUSL
- Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale

Estremi del protocollo della presente istanza: n° _____ del _____

Firma dell'addetto al servizio