

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER CURE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO (domanda utente)

Il/La Sig./a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ Via _____

CAP _____ Comune _____ Telefono _____

Sesso Femmina Maschio

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

Il/La Sig./a _____

Codice fiscale _____

Residente in Via _____ n. _____ Città _____

CAP _____ Provincia _____ Tel. _____

in qualità di:

- rappresentante legale del richiedente: specificare se tutore, procuratore, ecc. (_____);
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere specificare grado di parentela (_____);

CHIEDE

- L'AUTORIZZAZIONE** al trasferimento per cure di altissima specializzazione all'estero per il periodo dal _____ al _____ presso il Centro _____ per effettuare le seguenti cure: _____

Modalità di trasferimento: auto treno aereo ambulanza

- IL RICONOSCIMENTO DELL'ACCONTO** per le spese preventivate di € _____; a tal fine ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.

Dichiara che il RICHIEDENTE :

- è residente in ASL 3, iscritto all'anagrafe sanitaria della ASL 3;
- è non è invalido al 100%;
- con riconoscimento dell' art. 3 comma 3 della L.104/92 SI NO
- necessita di 1 2* accompagnatori

N.B : *[il secondo accompagnatore deve essere autorizzato dal CRR]

