

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

STAMPA PC

2 0 0 4 5 3 0 2 0 6 2 0 5 3 5 3

FAC SIMILE

CODICE FISCALE

NON ESENTE CODICE ESEZIONE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

(Vedi avvertenze sul retro)

(Barre se non utilizzate)

NOTA CUF

NOTA CUF

PRESCRIZIONE

SUGG. RICOV. ALTRO

U B D P

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI TIPO DI RICETTA DATA

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI TICKET

GAL. EN. DIR. CHIAM. ALTRO

- U** urgenza minore tempo possibile
- B** attesa breve entro 10 giorni
- D** differita entro 30 giorni
- P** programmata entro 180 giorni