



**OGGETTO: L. R. N° 26/91 – Richiesta autorizzazione per assistenza sanitaria fuori Regione Sardegna.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

ai sensi della normativa vigente in materia di assistenza sanitaria presso strutture extra-regione,

chiede

per sé  per il familiare

Sig./a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

l'autorizzazione a fruire dell'assistenza sanitaria presso il Centro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ubicato a \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

trattasi di primo ricovero  controllo successivo

A tal fine si allega:

- Proposta sanitaria rilasciata dal medico specialista di struttura pubblica o privata convenzionata attestante la necessità delle prestazioni o, in caso di controllo successivo, richiesta rilasciata dal Centro ove l'assistito è già in cura attestante le prestazioni richieste.
- Qualora il paziente non sia autosufficiente lo specialista che propone la prestazione sanitaria dovrà anche indicare la necessità della presenza di un accompagnatore.
- dichiarazione sostitutiva di certificazione di residenza dell'assistito;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione della situazione di famiglia (per il caso di istanza presentata da un familiare);
- Copia Tessera Sanitaria.
- Altro

Nuoro, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003.

Luogo \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_