



U.O.C. TUTELA ANZIANI E DISABILI

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE RICOVERO FUORI REGIONE TERRITORIO NAZIONALE

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente _____ cap _____ Via _____

n° _____ tel. _____ codice fiscale _____

chiede per sé

o per _____ nato a _____ il _____

residente _____ cap _____ Via _____

n° _____ tel. _____ codice fiscale _____

secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge, che gli venga rilasciata l'autorizzazione a fruire dell'assistenza ospedaliera al di fuori della Regione Calabria in territorio nazionale e precisamente presso:

il sottoscritto allega alla presente i seguenti documenti:

- Relazione sanitaria rilasciata da uno specialista contenente la proposta di ricovero, diagnosi e l'indicazione del luogo di ricovero o cura attestante la necessità di trattamenti sanitari di particolare rilevanza specialistica che non possono essere praticati tempestivamente e/o adeguatamente presso luoghi di ricovero e cura ubicati nel territorio regionale;
- Copia cartella clinica e/o altra documentazione specialistica atta a definire la particolare indicazione terapeutica;
- Fotocopia documento identificativo e della tessera sanitaria del paziente;
- Fotocopia del documento identificativo e della tessera sanitaria dei genitori o tutore del paziente se è minore o diversamente abile;
- Autocertificazione di residenza del paziente;
- Eventuale delega del paziente.

Cosenza _____

Firma _____