

OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO AUTORIZZAZIONE LEGGE REGIONALE 26/91

Il sottoscritto/a _____

Medico chirurgo specialista _____

Chiede che ai sensi della legge Regionale legge 26/91 :

Il sig. _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

affetto da _____

Venga autorizzato da codesta Azienda ASL N.° 2 a recarsi

per fruire di prestazioni sanitarie per prestazioni sanitarie già fruite in regime di assistenza diretta presso la seguente struttura sanitaria in territorio NAZIONALE ALL'ESTERO

denominazione dell'istituto di ricovero o cura pubblico o accreditato con il SSN _____

sede e indirizzo dell'istituto di ricovero o cura pubblico o accreditato con il SSN: _____

per fruire delle seguenti prestazioni sanitarie : _____

lo scrivente in qualità di medico chirurgo specialista attesta inoltre la necessità per l'assistito delle prestazioni sanitarie da fruire in strutture sanitarie al di fuori della Regione Sardegna in quanto non erogabili tempestivamente presso strutture sanitarie regionali.

NECESSITA' DI ACCOMPAGNATORE SI NO

IL MEDICO SPECIALISTA

_____ il _____

OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO AUTORIZZAZIONE LEGGE REGIONALE 26/91

Il sottoscritto/a _____

nato a _____

Il _____

e residente a _____

in via _____ n° _____

Telefono _____

codice fiscale _____

CHIEDE

Che ai sensi della legge Regionale citata in oggetto venga rilasciata l'autorizzazione a favore di

se medesimo del proprio familiare _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n° _____

Codice fiscale _____

per fruire di prestazioni sanitarie per prestazioni sanitarie già fruite in regime di assistenza diretta presso la seguente struttura sanitaria in territorio NAZIONALE ALL'ESTERO

denominazione dell'istituto di ricovero o cura pubblico o accreditato con il SSN

sede e indirizzo dell'istituto di ricovero o cura pubblico o accreditato con il SSN:

DATA DELLA VISITA O DEL RICOVERO _____

Il sottoscritto allega alla presente:

LA PROPOSTA SANITARIA RILASCIATA DA UN MEDICO SPECIALISTA MOTIVANTE LA NECESSITA' DI USUFRUIRE DI PRESTAZIONI SANITARIE PRESSO LA STRUTTURA PRESCELTA (ART. 02 L.R. 26/91) O MOTIVANTE LA GRAVITA' E URGENZA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE GIA' FRUITE IN DEROGA ALL'AUTORIZZAZION PREVENTIVA (ART.23 L.R. 26/91)

Il sottoscritto dichiara di essere iscritto negli elenchi degli assistiti dell'Azienda asl N° 2 -Olbia, e di essere a conoscenza che il rilascio dell'autorizzazione è soggetto alla verifica dei requisiti richiesti dalla Legge Regionale n° 26/91.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs.n° 196/03 che i dati personali raccolti saranno Trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL RICHIEDENTE

_____ il _____