Domanda di autorizzazione a fruire di
prestazioni assistenziali in forma indiretta
presso Centro di altissima specializzazione
All'estero ai sensi del DM 3.11.89

Alla Azienda U.S.L. RM/G
Dipartimento Interaziendale di Medicina Legale
S.O.C. Assistenza Sanitaria
S.O.S. Ufficio Liquidazioni e Ricoveri Estero
Via_Tiburtina 22/a_____
Cap 00019_Città_Tivoli_____

Assistito: Cognome Nome
Luogo e data di nascita
Cittadinanza Italiana
Residenza
Tel.
codice d'iscrizione alla Azienda USL
Codice Fiscale
Il sottoscritto:
ai sensi del DM 3.11.89 chiede l'autorizzazione a fruire delle prestazioni assistenziali di cui all'acclusa proposta del medico specialista presso il seguente Centro di altissima specializzazione:
denominazione
Ubicazione Stato Estero Città
Indirizzo
Chiede l'autorizzazione per l'accompagnatore a fruire dei seguenti mezzi di viaggio o di trasporto:

- mezzo di trasporto per se stesso
- mezzo di trasporto per l'accompagnatore
- mezzo aereo di viaggio per se stesso
- mezzo aereo di viaggio per l'accompagnatore

Allega i seguenti documenti:
1 documentazione sanitaria
2 dichiarazione sostitutiva del Certificato di cittadinanza rilasciato ai sensi della 15/68
3 dichiarazione sostitutiva del Certificato di residenza rilasciata ai sensi della 15/68
4 altri eventuali documenti (specificare) appuntamento per il

Data Firma dell'assistito
_____

Mod. I1 All. 12