

OGGETTO: ISTANZA AI SENSI DELLA L.R. N° 26 DEL 23/07/91

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO/A _____

IL _____ COD.FISC. _____ RESIDENTE A _____

CAP _____ VIA _____ TEL./CELL. _____

Indirizzo email _____

CHIEDE il rilascio dell' autorizzazione

ai sensi della Legge Regionale citata in oggetto ,a proprio favore in qualità di diretto interessato o del proprio familiare (minore) o per delega dello stesso:

_____ / _____ NATO/A _____

IL _____ COD.FISC. _____ RESIDENTE A _____

CAP _____ VIA _____ TEL./CELL. _____

- ☐ Per Fruire dei benefici economici (spese di viaggio e soggiorno) per prestazioni sanitarie da effettuare (art. 10 L.R. 26/91).
- ☐ Per Fruire dei benefici economici (spese di viaggio e soggiorno) per prestazioni sanitarie effettuate per comprovata gravità ed urgenza (art. 13 L.R. 26/91).

Data della visita _____

Presso la seguente struttura pubblica o privata convenzionata, ubicata sul territorio nazionale ☐ / estero ☐

Denominazione della Struttura: _____

Allega:

- ☐ Proposta sanitaria attestante la necessità predisposta da un medico specialista.
- ☐ Certificazione attestante la data di prenotazione della visita/ricovero.
- ☐ Richiesta documentata di indispensabilità dell' accompagnatore rilasciata dal presidio interessato.
- ☐ Altra documentazione necessaria alla verifica della rispondenza ai requisiti richiesti dalla L.R. 26/91.

Data _____

Firma dell richiedente/delegato o del genitore se minore

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e ss del I D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dalla ASL, titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Firma dell richiedente/delegato o del genitore se minore