

SPETT.LE AZIENDA SANITARIA ASL N°2 GALLURA
UFFICIO LEGGE REGIONALE 26/91

OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO AUTORIZZAZIONE LEGGE 26/91

Il sottoscritto/a _____

Medico chirurgo specialista _____

Chiede che ai sensi della legge Regionale 26/91 _____

Il Sig. _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____ In via _____

Affetto da _____

Venga autorizzato da codesta Azienda ASLN°2 a recarsi _____ per fruire di prestazioni sanitarie
_____ per prestazioni sanitarie già fruite in regime di assistenza diretta presso la seguente struttura
sanitaria _____ NAZIONALE _____ ALL'ESTERO

Denominazione dell'istituto di ricovero o cura pubblico o convenzionato con il SSN

Sede ed indirizzo dell'istituto di ricovero o cura pubblico o convenzionato 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 quanto non eseguibili in territorio regionale

_____ in quanto non erogabili tempestivamente presso strutture sanitarie regionali

(Barrare la voce idonea)

Il paziente necessita _____ di un accompagnatore _____ di due accompagnatori

_____ Il _____

Il Medico Specialista
