

All' Azienda USL di Imola

Distretto _____

OGGETTO: RICHIESTA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO (D.M. 3.11.1989 E CIRCOLARE N. 33 DEL 12.12.1989 IN G.U. 10.1.90 N. 17)

BRANCA _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____

iscrizione S.S.N. _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

per sé C.F. _____

per il familiare _____

(COGNOME E NOME, RELAZIONE DI PARENTELA)

nato a _____ il _____

C.F. _____

a recarsi presso il Centro estero _____

per _____

come da relazione del medico specialista (allegata).

Data _____

Firma del richiedente
