

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER IL RICORSO ALL'ASSISTENZA ALL'ESTERO

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ prov. (____), il ____/____/____
residente in _____ Via _____ n. _____
riferimenti telefonici: _____ mail _____
in qualità di:

- Interessato**
- Genitore/altro familiare/tutore**
- Erede o delegato**

CHIEDE

per il/la minore/Sig./ra _____ C.F. _____
nato/a a _____ prov. (____), il ____/____/____
residente in _____ Via _____ n. _____

L'autorizzazione preventiva per :

- il ricovero/cure all'estero**
- invio ed analisi campioni**

da effettuarsi

[indicare nome completo della struttura/stato/città]

[indicare periodo dell'intervento/seduta]

necessità dell'accompagnatore: SI NO

[indicare mezzo utilizzato auto, treno, aereo, etc.]

A tale scopo si allega:

- Copia tessera sanitaria (TEAM)
- Documentazione sanitaria con proposta [della struttura estera] e diagnosi del medico specialista italiano sia di struttura pubblica che privata
- Se prima visita sarebbe preferibile avere la convocazione della struttura estera individuata
- per le visite di controllo è necessaria anche la convocazione della struttura.

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

(firma estesa e leggibile)