UFFICIO RICOVERI FUORI REGIONE
Via Romagna, 16 – 09127 Cagliari
tel. 070 6093704 / 6211 / 3221 / 3660
ricoverifuoriregione@aslcagliari.it

RICHIESTA DI NUOVA AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DEI BENEFICI

ai sensi della L.R. 26/1991

N. cartella _____

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a – cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

sesso: maschile ☐ femminile ☐ altro (c.f. a mano) ☐

residente a _____ CAP _____ via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

DATI DELL'ASSISTITO (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Assistito/a – cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

sesso: maschile ☐ femminile ☐ altro (c.f. a mano) ☐

residente a _____ CAP _____ via/piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA e chiede il rilascio di una nuova autorizzazione

che in data _____ si recherà presso la struttura _____

comune _____ prov. _____ reparto / U.O. _____

Prestazione richiesta (barrare una o più voci):

☐ ricovero ☐ day hospital ☐ day surgery ☐ visita

☐ pre-ricovero ☐ esami diagnostici ☐ altro _____

IN REGIME DI CONVENZIONE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

SI PRECISA CHE NON SARANNO OGGETTO DI AUTORIZZAZIONE E CONSEGUENTE RIMBORSO LE PRESTAZIONI RESE IN REGIME DI SOLVENZA (A PAGAMENTO), come le visite in regime di libera professione o intramoenia.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL RIMBORSO

Il rimborso è accreditato sul conto intestato a: ☐ richiedente ☐ assistito

Istituto _____ IBAN _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000. Titolare del trattamento: ASL n. 8 di Cagliari. Informativa completa: mod. 04.

Luogo e data *Firma del/della dichiarante*