

ALLA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

DISTRETTO SANITARIO N. 2 SALARIO - MIRTENSE

RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO PER ASSISTENZA RIABILITATIVA

RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, DOMICILIARE, AMBULATORIALE

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

in qualità di (1) _____ chiede che al / alla Sig. / Sig.ra (2) _____

nato /a il _____ a _____, residente _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

venga rilasciato il parere preventivo di cui al D.P.C.A. 39/2012.

A tal fine allega:

Scheda autorizzativa al trattamento dei dati (privacy)

Documentazione sanitaria _____

Data _____

Firma del richiedente

(1) Scrivere tipo di parentela (ad es. figlio, nipote cugino, fratello, sorella...ecc)

(2) Scrivere Cognome e Nome del paziente che deve fruire del ricovero