

**ALLA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI**

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

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

**UOC DISTRETTO SABINO**

**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