

L.R. DEL 23.07.1991, N. 26

DOMANDA PER RICOVERO EXTRA-REGIONE  
DOMANDA PER RICOVERO ALL'ESTERO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Tel. \_\_\_\_\_, con certificato d'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale rilasciato  
dalla U.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, intestato a \_\_\_\_\_,  
Codice fiscale n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per sé/per il familiare \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_,  
Cod. fiscale n. \_\_\_\_\_, secondo quanto previsto dalle vigenti  
disposizioni, che venga autorizzato a fruire di assistenza ospedaliera o effettuare una visita di  
controllo, previsto per il \_\_\_\_\_ per prestazioni di particolare rilevanza  
specialistica, nel \_\_\_\_\_ territorio nazionale/estero e precisamente  
presso \_\_\_\_\_

CHIEDE inoltre che:

- venga(no) autorizzat n. \_\_\_\_\_ accompagnator\_, come risulta dalla certificazione sanitaria allegata;
- che venga autorizzato \_\_\_\_\_ come mezzo di trasporto;
- che il rimborso spettante venga accreditato mediante: \_\_\_\_\_

(Assegno circolare non trasferibile; quietanza propria; accredito su c/c bancario indicando anche le coordinate ABI E CAB)

Il sottoscritto allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

- 1) relazione sanitaria rilasciata da uno specialista di struttura pubblica, contenente la proposta di ricovero, la diagnosi e l'indicazione del luogo di cura e ricovero attestante la necessità di trattamenti sanitari di particolare rilevanza specialilstica che non possono essergli praticati tempestivamente e adeguatamente presso i luoghi di cura, pubblici o convenzionati, del territorio regionale e nazionale (solo per ricovero all'estero);
- 2) fotocopia del documento di assistenza sanitaria (Mod. SAU 1-2);
- 3) autocertificazione per lo stato di famiglia.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)



DISTRETTO DI

CARBONIA

L.R. DEL 23/07/91 N. 26

RICHIESTA CONTRIBUTO FORFETTARIO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in conformità a quanto previsto dalle vigenti disposizioni, CHIEDE la concessione del contributo forfettario per le spese relative a prestazioni sanitarie erogate presso \_\_\_\_\_

a favore di \_\_\_\_\_

Allo scopo ALLEGA :

- 1) Dichiarazione, in originale, rilasciata dalla Direzione Sanitaria del Centro di Cura interessato, attestante:
  - il periodo di degenza in caso di ricovero;
  - la data delle prestazioni sanitarie fruite in Day-Hospital;
  - le date dei controlli o delle visite specialistiche ;
  - se la presenza dell'accompagnatore, preventivamente autorizzato dalla scrivente, è stata indispensabile per l'assistenza all'assistito e se tale presenza è stata continuativa, per tutta la durata della degenza;
  - in caso di ricovero di pazienti in età pediatrica, dichiarare se l'accompagnatore ha o non ha fruito del vitto e del letto forniti dall'Ospedale, per tutto il periodo di degenza.
- 2) Fatture quietanzate , IN ORIGINALE, relative alle spese sanitarie sostenute (in caso di assistenza indiretta).
- 3) Biglietti di viaggio, IN ORIGINALE , attestanti il percorso effettuato, con relative **carte d'imbarco** se il viaggio è stato effettuato in aereo.

Carbonia, \_\_\_\_\_