

Azienda U.S.L. ROMA B  
Al Direttore del \_\_\_ Distretto  
Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ R O M A

Oggetto: Domanda di autorizzazione a fruire di prestazioni sanitarie fruite presso Centri di altissima specializzazione all'estero ai sensi del:

- DM 3/11/89 (**Forma indiretta**)
- Art. 22 del Regolamento CEE n. 1408/71 (**Forma diretta**)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi della normativa in oggetto specificata, chiede l'autorizzazione a fruire delle prestazioni sanitarie di cui all'acclusa proposta del medico specialista, per \_ l \_ proprio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (grado di parentela) (cognome)  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(nome)

cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_, codice iscrizione U.S.L.  
\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ presso il seguente Centro  
di altissima specializzazione: \_\_\_\_\_ stato  
estero \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

– chiede l'autorizzazione a fruire del seguente mezzo di viaggio/trasporto:

\_\_\_\_\_

– chiede inoltre l'autorizzazione per l'accompagnatore:

Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_.

Allega i seguenti documenti:

- 1) proposta del medico specialista di struttura pubblica;
- 2) fotocopia del codice sanitario regionale;
- 3) autocertificazione di residenza e di cittadinanza;
- 4) eventuali iscrizioni in lista d'attesa presso due strutture pubbliche;
- 5) documentazione sanitaria in possesso del paziente;
- 6) Altri eventuali documenti (specificare) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_