

ALLA AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

DISTRETTO _____

RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO PER RICOVERO IN STRUTTURE EXTRA REGIONE LAZIO

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

in qualità di ¹ _____ chiede che al Sig./alla Sig.ra² _____

nato/a il _____ a _____, residente _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

venga rilasciato il parere preventivo di cui alla nota della Regione Lazio, Dipartimento Sociale,
prot. 3369/4J/09 del 11/01/2008.

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