

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
ASL - CAGLIARI

Settore Ricoveri Fuori Regione (L.R.26/91)

Via Romagna, 16 - 09127 Cagliari - Tel 070.4744.3704 fax 070.47443691

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE RICOVERO FUORI REGIONE
TERRITORIO INTERNAZIONALE**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ cap _____ Via _____
n _____ tel _____ codice fiscale _____

CHIEDE per sé

o per _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ cap _____ Via _____
N _____ tel _____ codice fiscale _____

secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge, che gli venga rilasciata
l'autorizzazione a fruire dell'assistenza ospedaliera al di fuori della Regione Sardegna nello
Stato _____ precisamente presso il luogo di cura:

Il sottoscritto allega alla presente i seguenti documenti:

1. relazione sanitaria rilasciata da uno specialista contenente la proposta di ricovero, la diagnosi e l'indicazione del luogo di ricovero e cura all'estero e attestante la necessità di trattamenti sanitari di particolare rilevanza specialistica, precisando che sono state fatte le verifiche sui tempi di attesa stabiliti dai DD.MM. del 24/01/90 e 30/08/91 presso Centri di alta specialità pubblica e convenzionati del territorio nazionale (indicare almeno due dei presidi interpellati);
- 2.copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera e/o altra documentazione specialistica concernente gli esami complementari effettuati, atta a definire la particolare indicazione terapeutica;
- 3.fotocopia di un documento identificativo e della tessera sanitaria del paziente;
- 4.fotocopia del documento identificativo e della tessera sanitaria dei genitori o tutore del paziente se è minore o diversamente abile;
- 5.certificato di residenza e dello stato di famiglia del paziente in carta libera (autocertificazione).
- 6.certificato di residenza dell'eventuale accompagnatore se non appartenente al nucleo familiare del paziente (autocertificazione);
- 7.eventuale delega del paziente

Cagliari _____

Firma