

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 NAZIONALE**

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 in
territorio Nazionale e precisamente presso:

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 attestante la necessità di trattamenti sanitari di particolare rilevanza specialistica che non possono essere praticati tempestivamente e/o adeguatamente presso luoghi di ricovero e cura ubicati nel territorio regionale;
2. copia della cartella clinica e/o altra documentazione specialistica 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 (autocertificazione).
6. certificato di residenza dell'eventuale accompagnatore (autocertificazione)
7. eventuale delega del paziente.

Cagliari _____

Firma