

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE RICOVERO FUORI REGIONE**  
**TERRITORIO INTERNAZIONALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per sé o per \_\_\_\_\_ nato/a 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 leggibile