SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Richiesta autorizzazione
per cure climatiche e soggiorni terapeutici

Il Sig./la Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ CAP _____
Via _____ Tel. _____
Cell_____ Categoria invalidità_____

CHIEDE di effettuare per l'anno _____ nelle seguenti località

mare / lago / collina / media montagna / montagna / alta montagna

cure climatiche n. giorni _____ (massimo 21)
soggiorno terapeutico n. giorni _____ (massimo 21)

senza accompagnatore con accompagnatore

ALLEGARE LA RICHIESTA DEL MEDICO

FIRMA UTENTE_____

_____
(Spazio riservato all'ufficio)

Vista la documentazione presentata e quella agli atti:

il sig. / la sig.ra è ammesso/a a fruire di:

cure climatiche
soggiorno terapeutico

senza accompagnatore con accompagnatore

il sig. / la sig.ra non è ammesso/a per i seguenti motivi:
_____
_____
_____

Medico del Dipartimento di Cure Primarie

Luogo e data _____