DOMANDA DI VERIFICA PREVENTIVA
ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA
D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a_____il_____

Residente a _____

via_____ n. civ. _____

Tel._____

C.F.:_____

Chiede

- ☐ Per sé
- ☐ in qualità di _____**per**
  (genitore, amministratore di sostegno)

  _____
  (Cognome) (Nome)

Nato/a_____il_____

Residente a _____

via_____n._____

C.F.:_____

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per la seguente prestazione:

- ☐ RICOVERO ORDINARIO
- ☐ RICOVERO DIURNO
- ☐ PRESTAZIONE AMBULATORIALE

Indicazione Diagnostica o terapeutica:

_____

Prestazione sanitaria_____

Prestatore di assistenza sanitaria presso cui la persona assicurata intende curarsi (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo indirizzo):

_____

_____

Si allegano:

- ☐ Prescrizione del medico su ricettario del SSN
- ☐ Documentazione medica in originale

Data:

Firma del richiedente

_____

(a cura dell'AUSL)

ESITI:

La prestazione è soggetta ad autorizzazione preventiva

SI NO

Costo della prescrizione sanitaria ammesso a rimborso: euro_____

Data

Firma/Timbro AUSL