



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina, 263/n - 98123 Messina – P.IVA: 03051870834

Richiesta di contributo alle spese di viaggio e soggiorno

sottoscritt _____ nat il
 a prov. Codice Fiscale
 residente in prov. CAP
 via n. chiede che vengano concessi i
 benefici della L.R. 202/79 al sig. nat
 il a Codice Fiscale
 residente in via il quale dovrà
 recarsi a presso il Centro
 per usufruire di prestazioni sanitarie.

Fa presente che, come da certificazione sanitaria allegata, le condizioni del paziente **necessitano** **non necessitano** della presenza di un accompagnatore.

Mezzo di trasporto richiesto Telefono

Luogo data

Allegati:

- Copia codice fiscale del richiedente e del beneficiario
- Referti esami strumentali
- Certificazione medico-specialistica con piano terapeutico rilasciata dalla struttura pubblica regionale
- Relazione del precedente ricovero

Firma

(Sezione da compilarsi a cura della azienda ASP)

Allegati prodotti dalla Azienda ASP

- Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale
-

Estremi del protocollo della presente istanza n. del

Firma dell'addetto del servizio