



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

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

Richiesta di autorizzazione al trasferimento all'estero per cure in assistenza diretta

sottoscritt _____ nat il _____
 a _____ prov. Codice Fiscale _____
 residente in _____ prov. CAP _____
 via _____ n. chiede che venga rilasciato il modello S2
 al sig. _____ nat il _____ a _____
 _____ Codice Fiscale _____ tel. _____
 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 diagnosi piano terapeutico rilasciata dalla struttura pubblica del S.S.N.
- Relazione del precedente ricovero
- Copia dell'invalidità riconosciuta ai sensi dell'art. 11 della Legge 104/92

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