



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

## Contributo spese di viaggio e soggiorno – Preventiva

Il/La sottoscritto/a

cognome

nome

nato/a a

il

residente in

via

Codice fiscale

tel./email

Nella qualità di: (inserire grado di parentela)

Nell'interesse di: (inserire cognome e nome dell'assistito)

### CHIEDE

- che vengano concessi i benefici previsti dalla L.R. 202/79, per usufruire di prestazioni sanitarie presso il centro:

Mezzo di trasporto

Città

a tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, il sottoscritto, consapevole in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondente al vero, delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR 445/2000,

### DICHIARA

Che l'assistito/a

cognome e nome

Codice Fiscale

nato/a a

il

residente in

via

si trova in condizioni che  **Necessitano**  **Non necessitano** della presenza di un accompagnatore.

Si allega:

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

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

(da compilarsi a cura dell'azienda)

Allegati prodotti dall'Azienda ASP Messina

- Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale
- Estremi del protocollo della presente istanza: N°

del

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_