

Prot.

Al Direttore del Distretto Sanitario
ASL 1 Sassari

OGGETTO: Richiesta rilascio autorizzazione erogazione prestazioni aggiuntive di cui alla delibera RAS 48/33 del 02/12/2014: "Programma interventi a favore di alcune categorie di pazienti affetti da malattia rara".

_ l _ sottoscritt _____

CF: _____ nat_ il _____ a _____

residente in Via /Piazza _____ n° _____ a _____

telefono _____ e-mail _____

genitore del __ minore _____ CF: _____

nat_ a _____ il _____

CHIEDE

l'autorizzazione per erogazione prestazioni aggiuntive per:

se stesso

proprio familiare _____

come da piano terapeutico validato dal Centro di Riferimento Regionale per Malattie Rare (CRRMR).

Dichiara che nell'ultima annualità:

ha usufruito di analogo beneficio

non ha usufruito di analogo beneficio

All'uopo si allega la seguente documentazione:

Piano Terapeutico del CRRMR

Preventivo di Spesa

Altro: _____

Dichiara di essere a conoscenza che il rimborso avverrà esclusivamente a seguito di rilascio dell'autorizzazione e di presentazione al Distretto Sanitario di fattura in originale indicante le prestazioni eseguite e la data di autorizzazione.

Sassari _____

FIRMA (leggibile)

(parte riservata al Distretto)

Si autorizza

Non si autorizza

Motivazione: _____

Sassari _____