

Prot.

Al Direttore del Distretto Sanitario  
ASL 1 Sassari

**OGGETTO:**      **Richiesta autorizzazione ricovero presso INAIL Centro Protesi Vigorso di Budrio**

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in Via /Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione per ricovero presso Centro Protesi Vigorso di Budrio in regime :

**residenziale per n° \_\_\_\_\_ giorni**

**semiresidenziale per n° \_\_\_\_\_ giorni**

come da programma terapeutico protesico del Centro INAIL

All'uopo si allega la seguente documentazione:

Piano Terapeutico del Centro Protesi Vigorso di Budrio

Preventivo di Spesa

Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sassari \_\_\_\_\_

FIRMA (leggibile)  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**(parte riservata al Distretto)**

**Si autorizza**

**Non si autorizza**

**Motivazione:** \_\_\_\_\_

Sassari \_\_\_\_\_