

ALLA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

DISTRETTO SANITARIO _____

**RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO PER ASSISTENZA RIABILITATIVA
RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, DOMICILIARE, AMBULATORIALE**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

in qualità di ¹ _____ chiede che al / alla Sig. / Sig.ra² _____

nato / a il _____ a _____, residente _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

venga rilasciato il parere preventivo di cui al D.P.C.A. 39/2012.

A tal fine allega:

Scheda autorizzativa al trattamento dei dati (privacy)

Documentazione sanitaria _____

Data _____

Firma del richiedente

¹ Scrivere tipo di parentela (ad es. figlio, nipote cugino, fratello, sorella...ecc)

² Scrivere Cognome e Nome del paziente che deve fruire del ricovero