



AZIENDA USL _____ (*) Pratica n° (**)

--	--	--	--	--	--

Data

--	--	--	--	--	--

Cognome e Nome _____

Sesso

M

F

Luogo di nascita _____

data di nascita

--	--	--	--	--	--

Cittadinanza _____

Domicilio _____

- AI SENSI dell'articolo 2 c.1 lettera e) del DM 27 agosto 1999, n°332 concernente "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe"

- VISTO il certificato medico emesso:

- In data

--	--	--	--	--	--
 - Dalla struttura sanitaria _____
 - con diagnosi: _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Il paziente / la paziente ha diritto all'erogazione di ausili e di dispositivi Protesici/ Ortesici.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

(*) il modello deve essere compilato in duplice copia, una rimarrà agli atti dell'Azienda , l'altra verrà consegnata allo straniero.

(**)3 campi devono essere utilizzati per il codice aziendale (es. Azienda USL RM/A "101"), i restanti 3 per progressivo interno all'Azienda.