# All’A.A.S. n.2

## BASSA FRIULANA-ISONTINA

Via V.Veneto, 174

34170 - GORIZIA

# OGGETTO: Trasferimenti per cure all’estero per particolari esigenze diagnostico-terapeutiche

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………. nato/a a ………………………………..

il ………./……….…/……….………., residente a ……………………………………………………………………………………………………. in ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cod fisc. : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Tel. N. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**C H I E D E**

a Codesta A.A.S. l’autorizzazione per

 sé , o  per il familiare ………………………………………………………………………………………………………………………

di recarsi presso ………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

con sede in ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nel periodo che va dal …………………………………………………... al ……………………..…………………………………………….

come da motivazione riportata sull’allegato certificato rilasciato dallo specialista di una Struttura Pubblica. Il trasferimento sarà effettuato con  accompagnatore/  senza accompagnatore con uno dei seguenti mezzi :

 Volo di linea ;

 Volo speciale ;

 Auto privata ;

 Ambulanza ;

 Treno con servizio speciale.

Data, …………………………………………….. Firma ……………………………………………………………………………………………

## Visto

Si trasmette la pratica alla Commissione Regionale per i ricoveri all’Estero

Il Dirigente Responsabile

Data, ……………………………… ...........................................................................

MOD06\_AMM2015