

**MOD. B**

**ASM**  
**AZIENDA SANITARIA di MATERA**  
**UFFICIO-ASSISTENZA ALL'ESTERO**

IL sottoscritto ..... nato a .....  
il ..... e residente a ..... Via ..... n. ....  
CODICE ASM .....

Tel. .... Cell. .... Codice Fiscale .....

**CHIEDE**

di essere autorizzato per ricevere cure all'estero in ..... presso  
l' Ospedale .....

di ..... l'appuntamento è fissato in data .....

Dichiara che si recherà in ..... accompagnato da un familiare  
servendosi del mezzo .....

Allega altresì il foglio di ammissione

**Data** .....

**FIRMA**

.....