

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

.....