

Spett.le
Direzione Sanitaria
Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescaglioso s.n.c.
75100 M A T E R A

Oggetto: Richiesta di attestazione per cure di alta specializzazione previste dai L.E.A. non erogabili presso le strutture del Servizio Sanitario Regionale - L.R. n. 25 del 06.08.2015

Il sottoscritto _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____
in Via/Piazza _____

in qualità di:

- **Diretto Interessato**
- **Parente (_____)**

di _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in
Via/Piazza _____

affetto da: _____
in relazione alla L.R. n. 25 del 06.08.2015 e al successivo Regolamento di Attuazione

C H I E D E

alla S.V. l'attestazione di Indisponibilità di Cure di Alta specializzazione presso le strutture del Servizio Sanitario Regionale in merito all'appropriatezza della prestazione.

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

- Copia documento d'identità del dichiarante;
- Copia documento d'identità dell'assistita
- Certificato identificativo per patologia e generalità struttura ricevente;
- Copia certificazione medica indicante la cura effettuata/da effettuare.
- Attestazione ISEE (fino a €. 25.000,00)

Per ulteriori ed eventuali integrazione si può contattare il seguente recapito telefonico:

Matera, lì _____

in fede
