

Spett.le
Direzione Sanitaria
Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescaglioso s.n.c.
75100 MATERA

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 integrazioni si può contattare il seguente recapito telefonico:

_____ Matera, lì _____ in fede _____