

Allegato 6

AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONE IN STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA

DISTRETTO SANITARIO N.

--	--

SI AUTORIZZA PER IL PAZIENTE

COGNOME _____

NOME _____

CODICE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LA SEGUENTE PRESTAZIONE URGENTE E/O ESSENZIALE

IN STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA, AL FINE DI GARANTIRE L'EROGAZIONE IN TEMPI E MODI ADEGUATI AL CASO

DATA / /

TIMBRO E FIRMA
MEDICO AMBULATORIO STP/ENI