

(Timbro ospedale/istituto cura)

Spett.le ASL BRINDISI

Distretto SS _____

Oggetto: trattamento malattia rara cod. _____ riscontro vostra nota prot. N. _____ del _____

Preso atto della Vs. richiesta, dopo aver visionato ed esaminato la documentazione da Voi presentata, si informa che:

- È possibile gestire il/la paziente _____ presso il ns. Centro, sito a

Si fissa sin da ora un appuntamento in data _____ alle ore _____

presso questo ambulatorio sito al piano _____

- Non è possibile gestire il/la paziente _____ presso il ns. Centro.

(Evidenziare motivazioni di diniego) _____

- Prima del parere è necessario visitare il/la paziente presso questo ambulatorio sito a

_____ piano _____

il giorno _____ alle ore _____

N.B.

L' assistito deve essere munito di ricetta medica redatta dal MMG/PLS con indicazioni di

Il Responsabile del Centro
