



ASL Foggia

PugliaSalute

ALL. 1

Al Direttore del Distretto SS di \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

**Oggetto:** richiesta rimborso spese per cure malattia rara fuori regione.

Il/La richiedente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso    in qualità di familiare    in qualità di amministratore di sostegno    in qualità di tutore

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

ai sensi delle seguenti disposizioni regionali:

- L. n. 175 del 10/11/2021
- L.R. n. 25 del 21/11/1996
- D.G.R. n. 1491 del 03/10/2017
- L. R. n 51/2021 art. 12 co. 2
- 

Il rimborso delle spese da sostenere/sostenute per effettuare le cure presso il Centro Malattie Rare extraregionale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo mail dello specialista referente \_\_\_\_\_

per:

visita specialistica    day hospital    ricovero

nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_



ASL Foggia

PugliaSalute

Si allega copia della prenotazione e/o programmazione specialistica a cura del Centro e la documentazione sanitaria compresa l'indicazione della motivazione per cui risulta necessario recarsi presso un Centro MR fuori Regione Puglia.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_