

Al Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Rare

Oggetto: richiesta valutazione erogazione cure malattia rara.

Stante la richiesta pervenuta a questo Distretto Sociosanitario di rimborso spese per le cure fuori regione, del/la sig. _____ si chiede se la specifica prestazione (intervento, esame, ricovero) _____ possa essere erogata presso il Vs. Centro / U.O. o presso altro Centro della Regione Puglia accreditato per la specifica patologia.

Si allega documentazione sanitaria fornita dal paziente e si attende cortese riscontro alla presente entro 15 gg. dalla data di ricevimento.

In caso di possibilità di erogazione della prestazione richiesta presso il Vs. Centro, vogliate comunicare a questo DSS la data dell'appuntamento che comunicheremo al paziente.

Data, _____

Il Direttore del Distretto SS
