

Al Direttore del Distretto SS di _____

Dott. _____

Mail _____

PEC _____

Oggetto: RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE

Il/La richiedente _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. (_____) Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Tel. _____ cell. _____

mail _____ pec _____

CHIEDE

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

in qualità di tutore per se quale accompagnatore

del sig./sig.ra _____ grado di parentela _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) Via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____

mail _____ pec _____

ai sensi delle seguenti disposizioni regionali:

- L.R. n. 25 del 21/11/1996
- L.R. n. 12/2005 art. 13
- L. R. n 51/2021 art. 12 co. 2

Prima istanza

Istanza successiva

Emergenza

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/day service

ricovero

Nel periodo dal _____ al _____

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