



ASL Taranto

PugliaSalute

**Allegato 2**

(Da DSS a Centro di Riferimento Regionale)

Al Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Rare

---

Alla luce della richiesta di autorizzazione pervenuta a questo Distretto Sociosanitario di rimborso spese per le cure fuori regione, si richiede se la specifica prestazione (intervento, esame, ricovero)

---

---

---

possa essere erogata presso il Vs. Centro / U.O.

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

Il Direttore del Distretto SS

---