



ASL BT

PugliaSalute

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
