

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Domanda trasferimento in RRF (DIS.MO.2084.00).doc <hr/> pag1/1
---	---------------	---

ALLEGATO a)

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL
TRASFERIMENTO IN STRUTTURA RIABILITATIVA**

Alla Direzione del Distretto ASL VC

Si richiede autorizzazione al trasferimento presso

.....

Del paziente (nome e cognome) Nato/a il.....

proveniente da.....

con diagnosi di.....

sottoposto ad intervento chirurgico diin data

per effettuazione di ricovero riabilitativo di livello.

Si allega PPRI redatto dallo specialista proponente il trattamento.

Data.....

Firma della Direttore sanitario della struttura inviante
 (o MMG per paziente domiciliare)

.....

Riservato alla struttura accettante

Si ritiene appropriata la richiesta e si provvederà a redigere PRI secondo le indicazioni della DGR 17-4167 del 7 novembre 2016.

Data

Firma del fisiatra

.....

.....

Riservato al Distretto ASL VC

Visto

si autorizza.

non si autorizza

Data

Il Direttore di Distretto (o delegato)
