

ALLEGATO b)

**AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO PAZIENTI ASLVC**  
 Da compilare a cura dell'Ospedale dimettente.

P.O.: \_\_\_\_\_

**PROPOSTA DI RICOVERO**

REPARTO DIMETTENTE \_\_\_\_\_

ETICHETTA

**Anagrafica**

Cognome	Data di nascita
Nome	Luogo

**PROPOSTA DI RICOVERO PRESSO**

**Unità Funzionale di riabilitazione 1° livello** (DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

**Unità Funzionale di riabilitazione 2° livello** (DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

**Unità Funzionale di riabilitazione 3° livello**(DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

DATA ...../...../.....

Medico di Reparto Dimettente  
(Firma e timbro)

Direttore sanitario Ospedale dimettente  
(visto si autorizza)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEL DISTRETTO** su cui insiste la struttura (ove richiesto)

prima del trasferimento del paziente

- Si autorizza \* la richiesta di ricovero**
- Non si autorizza la richiesta di ricovero**
- Si autorizza \* la richiesta di ricovero con le seguenti note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA ...../...../.....

**Il Direttore medico del Distretto**

\_\_\_\_\_

\* NB L'autorizzazione da parte del Distretto non esclude eventuali valutazioni negative formulate a posteriori da parte del NCRE