



ALLEGATO d)

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL
PROSEGUIMENTO DEL RICOVERO IN STRUTTURA RIABILITATIVA**

Alla Direzione del Distretto ASL VC

Si richiede autorizzazione a prosecuzione ricovero riabilitativo di livello

per paziente

ricoverato/a presso la ns. struttura dal

con diagnosi di.....

sottopost... ad intervento di in data

Durata prevista del trattamento riabilitativo ulteriore giorni

Si allegano relazione clinica e PPRI redatti dallo specialista fisiatra proponente la prosecuzione di trattamento

Data.....

Firmato: il Direttore sanitario

.....

Valutazione del fisiatra ASL VC in data

proseguimento congruo proseguimento non congruo

Note

.....
.....

Timbro e Firma

Riservato al Distretto ASL VC

Visto

si autorizza

non si autorizza

Data

Il Direttore di Distretto (o delegato)
