



“SCHEDA DI VALUTAZIONE PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA SANITARIA PER RAGIONI UMANITARIE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE - ANNO 2018” (scheda riservata agli uffici regionali)

Associazione/Ente richiedente.....C.F.....richiesta del.....prot. RV..... del.....

Soggetto a favore del quale è richiesto l'intervento sanitario (nome, cognome, data nascita, sesso e nazionalità)\_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Tipo di intervento richiesto \_\_\_\_\_

Costo stimato della prestazione sanitaria in base al Tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e/o al Nomenclatore Tariffario prestazioni specialistiche ambulatoriali in vigore \_\_\_\_\_

Azienda/Ente del Servizio Socio-Sanitario Regionale che effettuerà l'intervento sanitario \_\_\_\_\_

Il Gruppo di esperti, preso atto della richiesta di assistenza sanitaria e della relativa documentazione:

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

REVOCA

note: \_\_\_\_\_

Venezia, li.....

firmato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



9229b023

