



ALLEGATOD alla Dgr n. 430 del 07 aprile 2016

“SCHEDA DI VALUTAZIONE PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA SANITARIA PER RAGIONI UMANITARIE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE - ANNO 2016” (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, lì.....

firmato:
