

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Domanda autorizzaz RRF (DIS.MO.2084.00)
		Pag. 1/1

## **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 di .....in 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)

.....

.....

ASL VC	Domanda autorizzaz RRF (DIS.MO.2084.00) Emissione: febbraio 2017	1/1
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>		