

Alla ASL Roma 1 – Presidio Ospedaliero _____

**Parte da compilare a cura della Struttura richiedente
(COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MODO LEGGIBILE)**

Struttura _____
CF/P. IVA _____ Tel _____ E-mail _____
Medico richiedente _____
Cognome e nome del paziente _____
Diagnosi di ammissione _____
Motivo richiesta _____

Si autorizza la fatturazione della prestazione su indicata alla tariffa prevista dal Ministero della Sanità, ovvero per prestazioni non previste dal tariffario ministeriale, alla tariffa stabilita da codesta ASL

Data _____

Medico Richiedente
(Timbro e Firma)

La Direzione Sanitaria
(Timbro e Firma)

**Parte da compilare a cura della Struttura ASL Roma 1
(COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MODO LEGGIBILE)**

La prestazione sarà eseguita in data _____ alle ore _____
Presso l'Unità Operativa di _____

TIPO DI PRESTAZIONI EROGATE (INDICARE IL CODICE DEL NOMENCLATORE MINISTERIALE E RELATIVA DESCRIZIONE) O MOTIVO DELLA MANCATA EROGAZIONE

Data _____

Il Responsabile dell'Unità Operativa
(Timbro e Firma)