



Al Direttore Distretto

OGGETTO: Domanda di autorizzazione al ciclo di prestazioni di Adroterapia fuori regione presso il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia.

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il telefono residente a
Via C.F.,

CHIEDE

l'autorizzazione per se o per il seguente familiare ad eseguire un ciclo di prestazioni di Adroterapia presso il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica di Pavia, in quanto cittadino residente nella Regione Veneto.
A tal proposito allega la dovuta documentazione medica pertinente, nonché la relazione medica specialistica del CNAO di Pavia.

DICHIARA CHE

le prestazioni suddette verranno eseguite indicativamente nel seguente periodo e comunque dopo relativa autorizzazione concessa dallo I.O.V. di Padova e dall'UOC Direzione Amministrativa Territoriale Azienda Ulss 9 Scaligera.

li

Firma