

AL DIRETTORE ZONA-DISTRETTO

.....
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Il/la sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov _____
Via _____
Tel _____ Cell. _____ indicare anche
un altro recapito dove eventualmente poter essere contattati _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

- I° Istanza
 Proroga

- l'erogazione del contributo economico previsto dalla delibera della giunta regionale n. 493 del 17 maggio 2001
 l'erogazione di medicinali non registrati in Italia (in presenza delle condizioni di cui alla delibera della giunta regionale 493/2001, documentate come ivi prescritto), ai sensi della delibera della giunta regionale n. 1052 del 30 settembre 2002

essendo affetto da particolare patologia come evidenziato nell'allegata scheda di segnalazione redatta dal Medico Curante Dott. _____,
contenente il piano di trattamento terapeutico valido per il periodo indicato, comunque non superiore ai sei mesi.

Il sottoscritto dichiara che, malgrado l'assistenza fornita dal S.S.N., incorre in rilevanti spese per ulteriori livelli di assistenza, quantificabili mensilmente in euro _____.

Si allegano alla presente:

- Scheda di segnalazione redatta dal Medico Curante Dott. _____
- Altro (specificare) _____

Distinti saluti

Data _____

Firma _____