

FAC SIMILE

Oggetto: **ISTANZA PER LA PRESTAZIONE IN REGIME
DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**

Il/La Sottoscritto/a.....Nato/a a.....il.....
Residente a.....in via.....Documento di riconoscimento.....
In data..... si è presentato/a presso.....
.....

per chiedere di effettuare la visita / l'esame.....

- per se stesso/a
- per conto del sig./sig.ra
Nato/a.....
Residente a..... in via.....
Documento di riconoscimento.....

Come da prescrizione medica del dott./della dott.ssa.....

Poiché la visita/l'esame non può essere effettuata/o entro i tempi previsti, secondo quanto comunicato dagli uffici di prenotazione, con la presente si chiede di poter effettuare tale visita/esame in **REGIME DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA a spese del Servizio Sanitario Nazionale**, conformemente a quanto stabilito dal DL n 124/1998, art.3, punto 12 e dalla normativa regionale di recepimento del PNGLA.

Firma

data

Allegato: -copia impegnativa del medico curante