



AZIENDA OSPEDALIERA  
SANT'ANDREA  
FACOLTÀ DI MEDICINA E  
PSICOLOGIA

Via di Grottarossa 1035  
00189 Roma  
Fax 0633775326

# MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI

(Determina Regione Lazio nr. D4118 del 09.11.2007)

M/919/75

Rev. 1

Pag 1 di 1

A  
C  
U  
R  
A  
E  
N  
T  
E  
R  
I  
C  
H  
I  
E  
D  
E  
N  
T  
E

AZIENDA / OSPEDALE / CASA DI CURA / ENTE

PARTITA IVA

Codice Istituto \_\_\_\_\_

Onere degenza \_\_\_\_\_ (1 SSN; 2 SSN+conv. Alber.;  
3 Ass Indiretta; 4 Pagante; 5 Lib. Prof. Intramoenia)

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

## RICHIESTE PER IL PAZIENTE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domiciliato/a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice ASL di appartenenza \_\_\_\_\_

Sesso  M  F

Affetto da \_\_\_\_\_

La seguente prestazione \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA LA PRESTAZIONE ALLE TARIFFE NAZIONALI PREVISTE E PER LE PRESTAZIONI EXTRA  
TARIFFARIO, ALLE TARIFFE STABILITE DALL' AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Medico Richiedente \_\_\_\_\_

La Direzione Sanitaria \_\_\_\_\_

A  
C  
U  
R  
A  
A.  
O.  
S  
A  
N  
T'  
A  
N  
D  
R  
E  
A

La prestazione richiesta sarà erogata il giorno:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'Unità Operativa \_\_\_\_\_

Prestazione extraconvenzione  Prestazione in convenzione  Delib. Az. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Prestazioni Effettuate

Codice

Data

Tariffa

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del Responsabile dell'Unità Operativa \_\_\_\_\_

La Direzione Sanitaria \_\_\_\_\_