

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PARMA

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER TRASPORTO ORDINARIO A CARICO DELL'AZIENDA U.S.L. DI PARMA.

Il sottoscritto Dr.

chiede per il/la Sig./ra, residente a

Via - tessera sanitaria n°

il trasporto in ambulanza per effettuare

..... presso

Il paziente presenta diagnosi di

.....

Necessità di n° trasporti dal al per le seguenti motivazioni:

INTRASPORTABILITA' CON I MEZZI ORDINARI

a causa di impedimenti fisici

**per limitazioni determinate da barriere architettoniche
autocertificate dal paziente (v. allegato)**

Data,

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO