



**RICHIESTA TRASPORTO PER I PAZIENTI
IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE
DI I, II, III LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE**

MOD. 10 A

Al Direttore del Distretto di _____

Presidio Distrettuale di _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ MMG PLS

RICHIESTE IL SEGUENTE TRASPORTO PER

Per il Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____

a _____

in carico nelle cure domiciliari integrate.

TIPO DI MEZZO

AMBULANZA

AUTOVETTURA

MOTIVAZIONE

VISITA SPECIALISTICA

PRESTAZIONE DIAGNOSTICA
STRUMENTALE

PRESTAZIONE DIAGNOSTICA DI
LABORATORIO

POSIZIONAMENTO CATETERE
VENOSO CENTRALE O PERIFERICO

TRACHEOSTOMIA

ALTRO.....

POSIZIONAMENTO
PEG/SONDINO NASOGASTRICO

Il MMG/PLS

(timbro e firma)

AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

DATA ____/____/____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO O SUO DELEGATO
