



**RICHIESTA VISTA SPECIALISTICA DEL
PALLIATIVISTA/ANESTESISTA/ORL/CHIRURGO**

MOD. 3

AI'UOC CURE DOMICILIARI

e-mail: uocassistenzaanziani.curedomiciliari@aslavellino.it

Oggetto: Richiesta di visita specialistica domiciliare pz. in Cure Domiciliari Integrate (CDI)

Si richiede visita specialistica _____ domiciliare

per il Sig. _____ in carico nelle cure

Domiciliari, residente in _____ alla via _____

_____ n. _____ tel. _____

MMG/PLS _____

Motivo della richiesta _____

Data ____/____/____

MMG/PLS

Il Medico Del Distretto

(Timbro e firma)

(Timbro e firma)