



RICHIESTA VISITA DOMICILIARE SPECIALISTICA

MOD. 5

Al Direttore del Distretto Sanitario

di _____

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 _____
_____ tel. _____

Motivo della richiesta _____

Si chiede che la S.V. voglia disporre l'effettuazione della stessa da parte di specialisti operanti presso la vostra struttura.

Data ____/____/____

MMG/PLS

(Timbro e firma)

Nulla osta allo specialista

Il Direttore del Distretto
