

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**TRASFERIMENTO ALL'ESTERO
PER CURE DI ALTISSIMA
SPECIALIZZAZIONE****(MOD. 2)**

Rev. 2020

CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA - Proposta motivata per l'effettuazione di trattamenti sanitari all'estero.*(Reg. CE n. 883/2004; D.M.S. 03.11.1989; Circ. M.S. 12.12.1989, n. 33; Identificazione patologie M.S. 24.01.1990 e successive integrazioni).*

Io sottoscritt _____ Prof./Dott. _____

medico specialista in _____

libero professionista/dipendente del S.S.N., in servizio presso _____

certifico di aver visitato il/la Sig. _____, nat _____ il _____

a _____ e residente in _____

recapito telefonico n. _____ e di aver riscontrato la seguente PATOLOGIA:

ANAMNESI _____

QUADRO CLINICO _____

RISULTATO ATTESO _____

vista la peculiarità del caso clinico, **R I C H I E D O**

l'erogazione della seguente prestazione: _____

da eseguirsi presso il Centro estero di altissima specializzazione: _____

in quanto la medesima **NON risulta ottenibile** presso strutture pubbliche, accreditate/convenzionate regionali o extraregionali per i seguenti motivi: urgenza (tempi di attesa incompatibili)necessità di: professionalità specifiche procedure tecniche procedure diagnostiche modalità di trattamentoed avendo preventivamente verificato con l'interessato le eventuali possibilità di prestazioni alternative erogabili sul territorio nazionale **P R O P O N G O****il rilascio dell'autorizzazione per cure presso il suddetto Centro estero** altamente specializzato che eseguirà detta prestazione, presumibilmente, nel periodo dal _____ al _____La presenza di un **accompagnatore** **NON E' NECESSARIA** oppure **E' NECESSARIA**, per le seguenti motivazioni: _____

In fede li

.....
*(Firma e Timbro dello specialista e/o timbro della struttura)***Attenzione:** Una volta finita la cura, al rientro in Italia, è necessario presentare alla competente Azienda Sanitaria una **RELAZIONE DI FINE CURA**, redatta dal medico inviante, attestante gli esiti, il trattamento eseguito ed il miglioramento conseguito., per la conclusione dell'iter procedurale *(Ai sensi della Nota Regionale prot. N. 1268 del 18/1/2013)*