



***RICHIESTA DI PRENOTAZIONE – SOGGETTI NON UDENTI***

Il/La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....  
Data di Nascita .....  
Numero di Codice Assistito .....

**CHIEDE**

DI PRENOTARE PRESSO UNO DEGLI OSPEDALI/POLIAMBULATORI DELLA VOSTRA A.S.S.T. LA PRESTAZIONE RIPORTATA SULLA PRESCRIZIONE MEDICA (ad esclusione di prestazioni di Laboratorio d’Analisi).

- OSPEDALE “PESENTI FENAROLI” DI ALZANO LOMBARDO
- OSPEDALE “M.O. A. LOCATELLI” DI PIARIO
- OSPEDALE “BRIOLINI” DI GAZZANIGA
- OSPEDALE “SS. CAPITANIO E GEROSA” DI LOVERE
- OSPEDALE “BOLOGNINI” DI SERIATE
- POT “F.M. PASSI” DI CALCINATE
- POLIAMBULATORIO DI GROMO
- POLIAMBULATORIO DI GRUMELLO DEL MONTE

SI PREGA DI INVIARE LA CONFERMA DELLA PRENOTAZIONE:

- AL NUMERO DI FAX .....
- ALL’INDIRIZZO E-MAIL .....

Data, .....

FIRMA .....

Si precisa:

1. di barrare l’Ospedale/Poliambulatorio nel quale si preferirebbe eseguire la prestazione;
2. di inviare copia della prescrizione medica che, qualora non prescritta in formato elettronico, dovrà essere perfettamente leggibile in ogni sua parte;
3. di inviare copia della tessera CRS – SISS.

**EVENTUALI NOTE A CURA DELL’A.S.S.T.:**

- PRESTAZIONE NON EROGABILE
- .....
- .....