

**MODULO AUTORIZZAZIONE PER ACCESSO AL PACCHETTI DI PREVENZIONE
FONDO SANITARIO COOP.SOCIALI**

**DA CARICARE IN AREA PRIVATA RIMBORSI
PRESTAZIONI DIRETTE - RICHIEDI AUTORIZZAZIONE NEL CAMPO "PRESCRIZIONE MEDICA"**

COGNOME

NOME

contatto telefonico

e-mail

Aderente tramite Coop.va Sociale

PRESTAZIONE DA AUTORIZZARE

(1 prestazione a scelta in forma gratuita previa autorizzazione per 1 volta/anno)

barrare la prestazione prenotata

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> VISITA GINECOLOGICA CON ECOGRAFIA | <input type="checkbox"/> VISITA UROLOGICA |
| <input type="checkbox"/> VISITA SENOLOGICA | <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA APPARATO URINARIO /
ADDOME COMPLETO |
| <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA MAMMARIA | <input type="checkbox"/> VISITA PROCTOLOGICA |

DATA APPUNTAMENTO

C/O CENTRO CONVENZIONATO

DATA

firma

☎ 0522-325110

📍 VIA KENNEDY 15 - REGGIO EMILIA