

Modulo Autorizzazione per Accesso ai Pacchetti di Prevenzione Salute



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

Dati Personali

COGNOME: _____

E-mail: _____

NOME: _____

Aderente tramite Coop.va Sociale:

Contatto telefonico: _____

PRESTAZIONE DA AUTORIZZARE

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

Barrare la prestazione prenotata:

☐ VISITA GINECOLOGICA CON ECOGRAFIA

☐ VISITA SENOLOGICA

☐ ECOGRAFIA MAMMARIA

☐ VISITA UROLOGICA

☐ ECOGRAFIA APPARATO URINARIO / ADDOME
COMPLETO

☐ VISITA PROCTOLOGICA

Dettagli Appuntamento

DATA APPUNTAMENTO: _____

C/O CENTRO CONVENZIONATO: _____

Firma

DATA: _____

firma: _____