

Sistema Socio Sanitario



Ai Servizi Territoriali di: Corsico Garbagnate Rho

ATTIVAZIONE VARIAZIONE RINNOVO ANNUALE

Si dichiara che il/la Signor/a nato/a il
residente a..... in
domiciliato a in
telefono n.
affetto da

in carico presso il Centro Dialisi/Cal diin conseguenza della diagnosi sopra
indicata e in dipendenza delle condizioni fisiche, necessita di trasporto in

MEZZO PROPRIO

Il paziente dovrà sottoporsi a trattamento nei giorni di
dalle ore alle ore

FIRMA PER PRESA
D'ATTO DEL PAZIENTE

IL DIRIGENTE MEDICO
CENTRO DIALISI
(TIMBRO E FIRMA)

.....

.....

Vista la diagnosi sopra riportata, nonché le motivazioni fornite, si autorizza l'utilizzo del mezzo
richiesto della Croce Convenzionata per il suddetto paziente con la frequenza di n° sedute
settimanali.

IL MEDICO AUTORIZZATORE

Percorrenza verificata per seduta = Km.....

.....