Allegato 2

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

DICHIARAZIONE DI URGENZA O ESSENZIALITA'
Assistenza sanitaria a STP
(ai sensi del c.4 art.33 L. 6/3/98 e art. 43 DPR 31/08/99 n.394)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CENTR. STP

R

DSB _____

PRESIDIO _____

N. _____
progressivo mensile del presente all.2

CODICE STP UTENTE

S	T	P	1	5	0										

SI CERTIFICA CHE IL/LA SIG.

A	INIZIALE COGNOME			
B	INIZIALE NOME			
C	SESSO **M** **F**	NATO/A IL		
D	NAZIONALITA'			

☐ *Generalità dichiarate* ☐ *Generalità rilevate da documento*

E	AFFETTO/A DA *diagnosi/sintomo*	

Il presente all.2 deve essere redatto per ogni ricetta.
Per gli esami di laboratorio può essere utilizzato un solo all.2 per più ricette.

NECESSITA DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI SANITARIE URGENTI/ESSENZIALI :

RENDICONTAZIONE - RIQUADRO R1
da compilare a cura del presidio che ha erogato la prestazione

PRESIDIO _____

		CODICE TARIFFARIO	TARIFFA €
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
		TOT. €	

IMPORTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI EROGATE RELATIVE AL PRESENTE ALL. 2

€ _____

DATA _____/_____/_____

TIMBRO PRESIDIO EROGATORE E FIRMA LEGGIBILE COMPILATORE RIQUADRO R1

DATA_____/_____/_____

FIRMA E TIMBRO DEL SANITARIO