



DISTRETTO SANITARIO

--	--

**AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE CAMPANIA N° 3857/2001 – comma B**  
*(“Ove l’offerta sanitaria delle aziende pubbliche risultasse gravemente carente per specialità, tanto da compromettere l’esito delle cure, si intendono ammesse al finanziamento le prestazioni rese a STP da strutture provvisoriamente accreditate”)*

**SI AUTORIZZA PER IL PAZIENTE:**

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**CODICE**

S	T	P													
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**LA SEGUENTE PRESTAZIONE URGENTE E/O ESSENZIALE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IN STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA AL FINE DI GARANTIRNE  
L’EROGAZIONE IN TEMPI E MODI ADEGUATI AL CASO**

**DATA** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

\_\_\_\_\_