



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER TRASPORTO ORDINARIO
A CARICO DELL'AZIENDA U.S.L. DI PARMA**

Si certifica che il/la Sig.re/ra _____

Nato/a _____

residente/a _____

Affetto da _____

Sottoposto a trattamento dialitico, con programma trisettimanale presso questo Centro ha effettuato

nel mese di _____ N° _____ sedute,

nei giorni di _____

lunedì, mercoledì, venerdì

martedì, giovedì, sabato

di ogni settimana.

Si certifica altresì che il paziente non è in condizioni fiscali tali da poter raggiungere questo Centro con i comuni mezzi di trasporto pubblico.

Distinti Saluti

AZIENDA U.S.L. DI PARMA

CENTRO AMODIALISI

Borgo Val di Taro

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Distretto "valli Taro E Ceno" e Presidio Ospedaliero

via Benefattori 12 43043 BorgoVal di Taro (PR) 0525/970111 – FAX 0525 970276