



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Assistenza Primaria - Potenza  
n. prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AI DIRETTORE U.O.C.  
ASSISTENZA PRIMARIA – PZ –  
Dott.ssa Anna BACCIHINI

Oggetto: richiesta concessione mezzo di trasporto per emodializzato non autosufficiente.

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E CON DOMICILIO

ABITUALE IN \_\_\_\_\_ ALLA VIA \_\_\_\_\_,

SOTTOPOSTO A TRATTAMENTO DI EMODIALISI PRESSO IL CENTRO DIALISI DI \_\_\_\_\_

CHIEDE

DI USUFRUIRE DEI BENI PREVISTI DAL D.G.R. n. 1450 DEL 16/09/2008

A tal proposito allega alla presente domanda la documentazione sanitaria utile alla valutazione di non autosufficienza.

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA