

MODULO 12

AUTORIZZAZIONE RIMBORSO PARTO A DOMICILIO AI SENSI DEL DCA N. U00395/2016

AL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO
DISTRETTO A - B - C - D

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO

IL REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL DISTRETTO A B C D

PRESA VISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE, PROTOCOLLO N° _____ DEL _____

PRESENTATA DALLA OSTETRICA REFERENTE AZIENDALE PER IL PARTO A DOMICILIO DELLA

Sig.ra _____

1. CedAP
2. MODELLO 6 - DOMANDA DI RIMBORSO
3. FATTURA PRESTAZIONE EFFETTUATA DALL'OSTETRICA LIBERO PROFESSIONISTA

AUTORIZZA IL RIMBORSO TARIFFARIO PREVISTO DI EURO 800 A MEZZO DETERMINA SPECIFICA

DATA ____/____/____

IL Referente Amministrativo del Distretto

Il Direttore del Distretto
