

## MODULO PER LA RICHIESTA AUTORIZZAZIONE (FORMA DIRETTA)

Da compilare e inviare ad opera dell'assistito, unitamente alla documentazione necessaria, all'indirizzo e-mail  
→ [mutua@campa.it](mailto:mutua@campa.it)

### IL SOTTOSCRITTO


COGNOME NOME DI CHI ESEGUE LA PRESTAZIONE (*)	FORMULA DI ASSISTENZA																						
	SILVER ⊙	GOLD ⊙	PLATINUM ⊙																				
Recapito TELEFONO/EMAIL del richiedente	CODICE FISCALE (*) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						



#### ANNOTAZIONI IMPORTANTI

- L'autorizzazione deve essere richiesta con un preavviso di almeno un giorno lavorativo prima della data dell'appuntamento
- La prescrizione medica allegata deve essere leggibile
- I campi contrassegnati dal simbolo (\*) sono da compilare obbligatoriamente

### RICHIESTE AUTORIZZAZIONE PER

TIPO PRESTAZIONE (*)	PRESSO LA STRUTTURA CONVENZIONATA (*)	Indirizzo/Sede dove effettuare la prestazione (*) 	GIORNO DELLA PRENOTAZIONE

 **SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA PATOLOGIA PER LA QUALE SI RICHIESTE LA PRESTAZIONE. In caso di assenza del suddetto documento la richiesta non potrà essere evasa.**

Vorrei ricevere l'autorizzazione all'indirizzo e-mail/fax (\*): \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_