**Mod. C**

**Accettazione a fruire di prestazioni di ricovero in libera professione intramuraria**

Il sottoscritto/a **«Cognome» «Nome»** nato/a **«Luogo\_nascita»**

II **«Data nascita»** Codice fiscale **«CF»**

residente in **«indirizzo\_res»** città **«città\_res»** prov. **«prov\_res»**

Telefono **«telef»** Indirizzo mail:

**o la/il delegato**

Sig./ra del/lla

Sig./ra nato/a

ilil il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via città prov.

Telefono Indirizzo mail:

chiede di fruire delle prestazioni in libera professione intramuraria del Dr **«Dott»** in servizio presso l'U.O. di «UD» del P.O. di **«Presidio»**

**DICHIARA**

* di essere stato informato dal Dr. «Dott» sulle modalità di fruizione delle prestazioni in libera professione intramuraria e di essere aconoscenza che la stessa prestazione può essere fruita con oneri a totale carico del Servizio Sanitario Regionale ma di avere liberamente scelto di ottenere la prestazione in libera professione intramuraria in regime di:
* Ricovero con onere della degenza parzialmente a carico del SSN
* Ricovero con onere della degenza totalmente a carico del paziente
* di avere preso atto che per la fruizione della prestazione in libera professione intramuraria del Dr. «Don» il costo preventivato è pari a € **«Prev»** e sotto la propria responsabilità, di sostenere le spese derivanti dal ricovero ospedaliero in regime di libera professione, pari al valore del DRG all'atto della dimissione.
* di versare a titolo di acconto la cifra di € «Acconto» corrispondente al 60% del preventivo

Si- allegano i seguenti documenti:

* **Copia bonifico bancario**
* **Copia documento d'identità**
* **Copia della presa in carico da parte dell'Assicurazione**

Consente, alle condizioni di cui al Di\_.vo 30.06.2003 n.196, il trattamento dei propri dati personali per le finalità previste.

Data

Il Paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_