



AZIENDA USL  
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE  
VALLÉE D'AOSTE

Struttura : S.C./S.S.D./S.S.

Ambulatorio di:

Responsabile: Dott./Dott.ssa:

Tel. 0165

e-mail:

Alla Direzione di Area Territoriale

alla c.a. Ufficio Rimborsi e Fatture

Via Guido Rey n. 1

11100 Aosta

**Oggetto: rimborso spese per il sostegno ai soggetti con necessità di assistenza sanitaria fuori dal territorio regionale ed alle loro famiglie presso Strutture Sanitarie pubbliche e private accreditate e convenzionate di cui alla DGR 825/2023.**

È necessario inviare il paziente .....  
nato a ..... il ....., residente a .....  
..... presso  
l'Azienda Ospedaliera/Azienda USL ..... Sede  
Ospedaliera di .....  
per la seguente prestazione sanitaria di diagnosi/cura/riabilitazione, ovvero per la proposta di  
ricovero

.....  
.....  
Si certifica che la prestazione di cui sopra non è fruibile presso le Strutture Sanitarie all'interno del territorio regionale ed è ricompresa nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) di cui al D.P.C.M. 12/01/2017 e ss.mm.ii.

Si rammenta che il rimborso per le suddette prestazioni è erogabile solamente per i pazienti residenti in Valle d'Aosta con ISEE inferiore a euro 35.000 ed è comprensiva di spese di viaggio e di soggiorno.

La presente vale per un anno dalla data di rilascio della presente ed è valida per prestazioni sanitarie uniche e per prestazioni a ciclo continuo, salvo diversa valutazione da parte dello Specialista, il quale ne estende la validità della certificazione sino a *(indicare data)* .....

Aosta, il .....

Il Dirigente Medico  
Dott./Dott.ssa

Il Direttore della Struttura  
Dott./Dott.ssa