

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONE DI  
OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA**

**AI DIRETTORE DEL DISTRETTO N. ....**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

iscritto presso codesta Area Vasta 4 di Fermo

**CHIEDE**

per sé

per il proprio familiare \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ iscritto presso codesta Area Vasta 4 di Fermo

**DI ESSERE AUTORIZZATO**

ad usufruire della prestazione di **OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA**

presso il Presidio Privato **NON convenzionato** con il S.S.N. denominato

\_\_\_\_\_ ubicato in \_\_\_\_\_

A tal fine allega proposta motivata redatta dal medico specialista del SSN..

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito o di un suo familiare

\_\_\_\_\_

La Area Vasta 4 di Fermo, vista la Delibera Giunta Regionale n. 2182 del 18/09/2001,  
**AUTORIZZA** la prestazione di ossigenoterapia iperbarica per  
n° sedute .....

....., li .....

*il Direttore del Distretto Sanitario*

timbro

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Caduti del Lavoro, 40 – 60131 Ancona - C.F. e P.IVA 02175860424

**Area Vasta n. 4** -Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM

Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019 e-mail: segreteria.asl11@asl11.marche.it - [www.asurzona11.marche.it](http://www.asurzona11.marche.it)

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Materano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.