

## Allegato 7 - Modello Richiesta Visita Specialistica

Al Direttore Responsabile Distretto Sanitario n. 49

**RICHIESTA DI VISITA SPECIALISTICA:** \_\_\_\_\_

Cognome e nome Assistito \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ricoverato dal \_\_\_\_\_

Presso **CLOTILDE HOSPICE** ☐ **VILLA ARIANNA HOSPITAL** ☐

Quesito diagnostico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Richiedente:

**MMG** ☐

**Direttore Sanitario della Struttura/Medico Palliativista Hospice** ☐

Timbro e firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_