



**Richiesta di autorizzazione per visita specialistica
in assenza di prescrizione medica.**

Il sottoscritto _____

Tessera di iscrizione Ente Mutuo n° _____

chiede l'autorizzazione (**Assistenza Diretta**) per effettuare la seguente visita specialistica presso una struttura sanitaria convenzionata

(barrare un solo tipo di visita specialistica per ogni modulo):

• Elenco valido per Assistenza Specialistica Ambulatoriale **Diretta**.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologica | <input type="checkbox"/> Epatologica | <input type="checkbox"/> Odontostomatologica |
| <input type="checkbox"/> Anestesiologica | <input type="checkbox"/> Fisiatrice | <input type="checkbox"/> Oncologica |
| <input type="checkbox"/> Andrologica | <input type="checkbox"/> Gastroenterologica | <input type="checkbox"/> Ortopedica |
| <input type="checkbox"/> Angiologica | <input type="checkbox"/> Geriatrica | <input type="checkbox"/> Ostetrica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologica | <input type="checkbox"/> Ginecologica | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatrica |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Pap Test | <input type="checkbox"/> Pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgica | <input type="checkbox"/> Infettivologica | <input type="checkbox"/> Pneumologica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologica | <input type="checkbox"/> Internistica | <input type="checkbox"/> Reumatologica |
| <input type="checkbox"/> Diabetologica | <input type="checkbox"/> Nefrologica | <input type="checkbox"/> Senologica |
| <input type="checkbox"/> Dietologica | <input type="checkbox"/> Neurochirurgica | <input type="checkbox"/> Urologica |
| <input type="checkbox"/> Ematologica | <input type="checkbox"/> Neurologica | |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologica | <input type="checkbox"/> Oculistica | |

* **Visita di Controllo**

* **Visita di Controllo**, dove prevista, si intende una visita effettuata **entro 40 giorni** dalla precedente visita specialistica della stessa branca ed effettuata presso la stessa struttura e con lo stesso medico.

_____/_____/_____
Data

Firma del titolare della tessera o del delegato

Attenzione: il presente modulo deve restare allegato all'autorizzazione emessa da Ente Mutuo.