

MODULO PER LA RICHIESTA AUTORIZZAZIONE (FORMA DIRETTA)

Da compilare e inviare ad opera dell'assistito, unitamente alla documentazione necessaria, all'indirizzo e-mail
→ **solcoop@campa.it**

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME NOME DI CHI ESEGUE LA PRESTAZIONE (*)																					
Recapito TELEFONO/EMAIL del richiedente	CODICE FISCALE (*) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				



ANNOTAZIONI IMPORTANTI



L'autorizzazione deve essere richiesta con un preavviso di almeno un giorno lavorativo prima della data dell'appuntamento



La prescrizione medica allegata deve essere leggibile

I campi contrassegnati dal simbolo (*) sono da compilare obbligatoriamente

RICHIESTE AUTORIZZAZIONE PER

TIPO PRESTAZIONE (*)	PRESSO LA STRUTTURA CONVENZIONATA (*)	Indirizzo/Sede dove effettuare la prestazione (*) 	GIORNO DELLA PRENOTAZIONE

 **SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA PATOLOGIA PER LA QUALE SI RICHIEDE LA PRESTAZIONE. In caso di assenza del suddetto documento la richiesta non potrà essere evasa.**

Vorrei ricevere l'autorizzazione all'indirizzo e-mail/fax (*): _____

LUOGO E DATA

FIRMA

Autorizzazione Trattamento dati personali per coloro che non avessero già prestato il consenso

Affinché CAMPA possa trattare i Suoi dati, è necessario sottoscrivere e restituire il modulo di consenso INFORMATIVA PRIVACY SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, scaricabile sul sito: <http://www.campa.it/aziende-coperture-collettive/Solcoop.html>

Ricordiamo che in mancanza del consenso firmato, CAMPA sarà impossibilitata a trattare i dati sensibili per l'autorizzazione delle prestazioni richieste.