

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.