

**S.S.N. REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE "Città di Torino"  
OSPEDALE MARIA VITTORIA**

Settore \_\_\_\_\_

Si autorizza il trasferimento del Sig. \_\_\_\_\_

all'Ospedale \_\_\_\_\_

carezza posti letto ☐

per

competenza nosocomiale ☐

Data \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

**N.B.:** Il presente tagliando dovrà essere allegato alla fattura per il rimborso