

	Direzione Sanitaria RICHIESTA DI TRASFERIMENTO INTERNO	Mod. 0400	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: da DRG a diaria	
		Rev. 03	del 22/01/2026

Spett. le
 Azienda Sanitaria Locale CN2
Commissione Verifica Strutture Sanitarie
Via Vida n. 10
 12051 – Alba (CN)

Alla cortese attenzione del
 Direttore S.C. Distretto 2 Bra

Il/la Sig./Sig.ra _____

nato a _____ il _____

ricoverato/a presso l'Unità Funzionale di _____ della Casa di Cura
 dal _____ per _____

necessita di un ulteriore periodo di cure per _____

Si richiede autorizzazione al trasferimento presso l'Unità Funzionale di _____

Data _____

Il Medico Curante

Il Direttore Sanitario