



## Conferma di trasferimento Agilia-win.doc

Nome

Cognome

Via

NPA/Località

Data di nascita

Assicurato n.

Deve essere completato dal medico di famiglia:

Io ho indirizzato la/il paziente

Data del  
trasferimento

Trasferimento a

Medico

d'ospedale

sì

no

Ospedale

Durata del  
trasferimento

Io non ho indirizzato la/il paziente ad un altro servizio

Non è la mia/il mio paziente

Osservazioni

Luogo/Data

Timbro/Firma del  
medico

Per favore spedisca il presente modulo completato e firmato a:  
**Agilia Cassa malati SA, Casella postale 246, 6102 Malters.** Grazie.