



MODELLO B - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL,

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione privati non convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure" o presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati ubicati nei Paesi extra U.E. non convenzionati;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

www.regione.puglia.it



pubblico privato convenzionato privato non convenzionato

denominato:

.....
ubicato nello Stato città
via n. telefono
telefax e-mail

A tal fine richiede il rilascio dell'autorizzazione per ottenere l'assistenza in forma indiretta ("a rimborso") presso il suddetto Centro.

Allega alla presente domanda:

1. proposta motivata di un medico specialista pubblico privato della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:

.....
.....
.....
.....

3. copia del documento d'identità
4. copia della tessera sanitaria
5. certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate
6. preventivo della spesa da sostenere per l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria.

Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale. Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente

chiedo che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiedo che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale
 altre modalità (specificare)

Data

Firma

www.regione.puglia.it



(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Informativa (articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma