



**MODELLO I - Comunicazione di 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)**

Al Sig. ....  
Via ..... n. ....  
CAP ..... Località .....  
e p. c. Al Centro Regionale di Riferimento  
.....

Sulla base della normativa in epigrafe richiamata, così come successivamente modificata ed integrata, visto il parere contrario e vincolante per questa ASL espresso dal Centro Regionale di Riferimento di ..... branca specialistica di ..... in data ....., ns. prot n. .... del ....., relativamente alla Sua domanda di trasferimento per cure presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, ns. prot. n. .... del ....., questa Amministrazione Le comunica l'autorizzazione al trasferimento all'estero per le cure richieste in assistenza indiretta ("a rimborso") presso il seguente Centro di altissima specializzazione: ..... da fruire nel periodo autorizzato dal ..... al ..... Conformemente alle esigenze connesse al caso clinico in esame ed al conseguente parere del Centro Regionale di Riferimento

→ Il trasferimento all'estero è autorizzato con mezzo di trasporto normale.  
Trattandosi di persona → minorene → maggiorenne non autosufficiente

il trasferimento all'estero è autorizzato con accompagnatore.  
Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è autorizzato con il seguente mezzo di trasporto speciale:

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

Questa Amministrazione Le comunica altresì che Ella dovrà anticipare le spese per le prestazioni autorizzate e fruite all'estero, per le quali potrà richiedere il "concorso nelle spese" a questa ASL nei termini previsti dagli articoli 6 e 7 del DM Sanità 3 novembre 1989 e successive modificazioni ed integrazioni che viene in tal caso applicato.

Data .....  
Firma e timbro del Dirigente Responsabile  
.....



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE ,  
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO  
SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**Eventuali allegati:.....**  
.....