



**MODELLO C - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione all'estero in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - DPCM 01.12.2000 - L. 104/92)**

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 di soggetti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati 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";
- 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

→ pubblico

→ privato convenzionato

denominato:

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)



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

A tal fine richiede il rilascio del formulario ..... valido per ottenere  
l'assistenza in forma diretta presso Strutture pubbliche o private convenzionate del  
suddetto Stato.

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. attestazione dello stato di handicap - L. 104/92, art. 3, comma 3;
- 5. (nel caso di strutture private convenzionate) 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. (nel caso di strutture private convenzionate) preventivo della spesa da sostenere per  
l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria (inclusi gli eventuali ticket)  
rilasciato dal Centro di Cura estero.

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

chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede 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 .....



*(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 .....