



**MODELLO P - Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6, comma 13 - 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 .....  
telex ..... e-mail .....  
regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL e regolarmente autorizzato con nota Vs. prot. n. .... del .....  
al trasferimento per cure all'estero, in assistenza in forma diretta, presso il Centro di altissima specializzazione:  
→ pubblico      → privato convenzionato      → privato non convenzionato  
denominato:

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

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, pubblico o privato convenzionato, in assistenza in forma diretta;
- sul prevedibile rimborso del "concorso nelle spese" spettante all'interessato possono essere concessi, a domanda dell'interessato, prima della partenza dall'Italia o durante il soggiorno all'estero, acconti che non possono, in nessun caso, superare il 70% del prevedibile "rimborso" spettante;
- gli acconti possono essere concessi su valutazione sia della particolare entità della prevedibile spesa che delle modalità di pagamento in uso presso la Struttura estera ed a tal fine l'assistito può presentare appositi preventivi relativi a spese sanitarie, di trasporto o di viaggio a dimostrazione della entità e delle modalità di pagamento richieste dalla Strutture estera;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi deve fruire delle cure 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**

ai sensi dell'articolo 6, comma 13, del DM Sanità 3 novembre 1989, stante la particolare entità delle spese da sostenere come risulta dagli allegati preventivi, un acconto su tali spese nella misura del 70% di quanto preventivato.

Dichiara che:

→ il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale

Trattandosi di persona → minorenni → maggiorenne non autosufficiente

→ il trasferimento all'estero avverrà con accompagnatore autorizzato;

→ Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero avverrà con il seguente mezzo di trasporto autorizzato:

→ volo di linea → volo speciale → auto privata → ambulanza → treno con servizio speciale

→ altre modalità  
(specificare) .....

Allega alla presente domanda n. .... preventivi sulle spese sanitarie, di trasporto o di viaggio da sostenere e sulla dimostrazione delle modalità di pagamento richieste.

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")

Documento di riconoscimento .....  
rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

**Informativa (articolo 13 del DL.vo 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 DL.vo 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 .....



**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

*(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)*