



**MODELLO E - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure programmate presso Centri di elevata specializzazione all'estero per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - D.M. 31 marzo 2008, Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all'estero, ai sensi dell'Art. 20 della Legge 1° aprile 1999, n. 91).**

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 presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea e nei Paesi extra-UE convenzionati per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente;
- 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

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



denominato:

.....  
.....

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.     a. (in caso di iscrizione in liste estere d'attesa per un periodo di 6 mesi, rinnovabile alla scadenza fino all'effettivo reperimento dell'organo) idonea certificazione di autorizzazione rilasciata da parte del CRT (Centro Regionale Trapianti) nei tempi previsti dalla normativa;

       b. (in caso di trapianto urgente all'estero e richieste di interventi urgenti post/trapianto) apposita certificazione dell'urgenza attestata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa, previo parere tecnico sul singolo caso da parte del CNT (Centro Nazionale Trapianti);

       c. (in caso di proseguimento cure all'estero per visita di controllo annuale o terapie connesse al trapianto, per il periodo di esecuzione delle prestazioni autorizzate), certificazione di autorizzazione rilasciata da parte del CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa (D.M. 31 marzo 2008, Art. 6);

       d. (in caso di re-trapianto di organo all'estero) documentazione sanitaria relativa al precedente trapianto, al fine di ottenere il rilascio della prevista certificazione di autorizzazione, formulata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa;

       e. (in caso di trapianto all'estero da donatore vivente) certificazione di autorizzazione rilasciata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa, previo parere tecnico sul singolo caso clinico da parte del CNT (Centro Nazionale Trapianti)

4. copia del documento d'identità

5. copia della tessera sanitaria



6. (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

7. (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 → minorenni → 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.



**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

Firma .....