

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ASSISTENZA SANITARIA
TRANSFRONTALIERA**

D.lgs n. 38 del 4.3.2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

via/piazza _____ n. civ. _____

Tel. _____ e-mail _____

C.F.: _____

CHIEDE

☐ **Per sé**

☐ in qualità di

(genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)

Per conto di

(Cognome) (Nome)

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n. civ. _____

C.F.: _____

Ai sensi dell'art. 10 del D.lgs n. 38 del 4.3.2014 e del Regolamento sull'autorizzazione preventiva, di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per la seguente prestazione:

☐ **RICOVERO ORDINARIO**

☐ **RICOVERO DIURNO**

☐ **PRESTAZIONE AMBULATORIALE**

Indicazione diagnostica o terapeutica _____

Prestazione sanitaria _____

Prestatore di assistenza sanitaria che eroga la prestazione (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo indirizzo): _____

Caso particolarmente urgente:

☐ NO ☐ SI (motivare) _____

Si allegano:

☐ Prescrizione del medico su ricettario del SSN

oppure

☐ Prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE (che contenga gli elementi essenziali per l'identificazione del paziente; l'identificazione del prescrittore con qualifica professionale, dati di contatto diretto, indicazione dello Stato membro in cui esercita la professione, firma originale leggibile e data di emissione; indicazione della prestazione sanitaria)

☐ Documentazione clinica in originale

☐ Eventuale documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta di documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare etc.)

Data: _____

Firma dell'assistito (o di chi ne fa le veci)

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (decreto legislativo n. 196/2003, e successive modificazioni)

L'Amministrazione ricevente è titolare dei dati. I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03, e successive modificazioni. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 di tale decreto, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

***INFORMAZIONI PER L'UTENTE:**

La risposta a questa richiesta deve essere evasa entro 30 giorni dalla presentazione del modulo. Se il caso viene classificato come urgente, la tempistica per ricevere una risposta scende a 15 giorni.

A CURA DELLA ASP

ESITI: L'autorizzazione è stata concessa: SI NO

Costo della prestazione sanitaria ammessa a rimborso: euro _____

In caso di diniego, barrare una o più delle seguenti motivazioni del diniego:

- a) In base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile tenuto conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;
- b) A causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;
- c) L'assistenza sanitaria in questione è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente comprese le disposizioni sulla vigilanza indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;
- d) l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia

Se d) indicare prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta _____

Data _____

Firma/timbro ASP

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA
D.lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto: _____ (cognome e nome) nato il _____ a _____ residente in _____ via: _____ telefono n: _____ e.mail _____ codice fiscale n.: _____ ☐ Per sé ☐ in qualità di _____ _____ (genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato) Per conto di (Cognome) (Nome) Nato/a _____ il _____ Residente a _____ Via _____ n. civ. _____ C.A.P.: _____ C.F.: _____

CHIEDE

il rimborso delle spese di € _____ sostenute per prestazioni sanitarie cui ha

dovuto far ricorso per: se stesso ☐

il familiare ☐ _____ nato il _____

(cognome nome e relazione di parentela)

come dai sotto elencati documenti allegati in **originale**:

Dichiara di non aver potuto usufruire dell'assistenza diretta per i seguenti motivi:

_____ .

Ai fini dell'erogazione del rimborso, si indicano i seguenti riferimenti bancari codice IBAN conto corrente _____ codice SWIFT conto corrente _____ intestato a: _____
--

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

L'Amministrazione ricevente è titolare dei dati. I dati forniti dall'utente verranno trattati, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03, e successive modificazioni. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 di tale decreto, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____

Firma _____