

Allegato A

**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

Cin 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)**

1.1 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 CSI (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 del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs.196/2003 come modificato dal D.Lgs.101/2018 in materia di trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs.196/2003 come modificato dal D.Lgs.101/2018, si informa che il trattamento dei dati, il cui conferimento è obbligatorio, ha finalità amministrativo-contabili. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679.

***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 ASL:

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 benefico 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 ASL

Allegato B

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:

_____.

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

Ai sensi del sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs.196/2003 come modificato dal D.Lgs.101/2018 in materia di trattamento dei dati personali, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che il trattamento dei dati, il cui conferimento è obbligatorio, ha finalità amministrativo-contabili. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679.

Data _____

Firma _____