

All' Azienda Sanitaria di _____ Distretto Sanitario _____

DOMANDA DI VERIFICA E DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

ai sensi del D.Lgs. n. 38 del 4/03/2014 di recepimento della Direttiva Europea 2011/24/UE

Il/la sottoscritt _____ nat_a _____ (____),

il _____ e residente a _____ (____) in _____ n _____

cap _____ codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____

chiede per se stesso per il proprio familiare (genitore, figlio, coniuge, _____)

Cognome e nome _____ nat_a _____ (____),

il _____ e residente a _____ (____) in _____ n _____

cap _____ codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____

ad essere autorizzato preventivamente,

- al ricovero ordinario, ricovero diurno, altra prestazione _____ ;

- presso la struttura _____ ;

- della città di _____ Stato Estero _____ ;

- indicazione diagnostica o terapeutica _____ ;

- caso urgente No Si (si allega certificazione medica con adeguata motivazione).

Documentazione allegata:

Prescrizione medica originale sul ricettario del SSN (ricetta rossa) del Dr. _____ ;

Certificazione Specialistica originale rilasciata da _____ ;

Altro _____ ;

Fotocopia documento identità e tessera sanitaria del richiedente e dell' assistito.

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

Titolare dei dati è la presente Azienda Sanitaria. 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 modifiche. 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 della normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____

Firma del richiedente

Azienda Sanitaria di _____ Distretto Sanitario _____

Prot. n° _____ del _____

Al sig./ra _____

Via _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Facendo seguito alla sua istanza prot. _____ del _____, riferita alla domanda per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, ai sensi del D.Lgs. n. 38 del 4/03/2014, di recepimento della Direttiva Europea 2011/24/UE, la sua richiesta di verifica ha avuto esito:

positivo, quindi sarà trasmessa al Centro Unico di Riferimento Regionale, ai fini della richiesta di autorizzazione preventiva;

negativo, per la seguente motivazione: _____
_____;

la richiesta non è soggetta ad autorizzazione preventiva e la tariffa regionale vigente della prestazione sanitaria ammessa al rimborso è pari ad euro _____;

Data _____

Il Responsabile del Procedimento

Il Dirigente Medico

Visto il parere favorevole del Centro Unico di Riferimento Regionale prot. _____ del _____ di cui si allega copia, la tariffa regionale vigente della prestazione sanitaria, autorizzata preventivamente ammessa al rimborso è pari ad euro _____

Il Centro Unico di Riferimento Regionale ha dato parere negativo alla sua richiesta di autorizzazione preventiva, si allega copia del parere negativo.

Data _____

Il Responsabile del Procedimento

Il Dirigente Medico

Azienda Sanitaria di _____ Distretto Sanitario _____

Prot. n° _____

del _____

Al sig./ra _____

Via _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Facendo seguito alla sua istanza prot. _____ del _____, riferita alla domanda per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, ai sensi del D.Lgs. n. 38 del 4/03/2014, di recepimento della Direttiva Europea 2011/24/UE, la sua richiesta di verifica ha avuto esito:

positivo, quindi sarà trasmessa al Centro Unico di Riferimento Regionale, ai fini della richiesta di autorizzazione preventiva;

negativo, per la seguente motivazione: _____
_____;

la richiesta non è soggetta ad autorizzazione preventiva e la tariffa regionale vigente della prestazione sanitaria ammessa al rimborso è pari ad euro _____;

Data _____

Il Responsabile del Procedimento

Il Dirigente Medico

Visto il parere favorevole del Centro Unico di Riferimento Regionale prot. _____ del _____ di cui si allega copia, la tariffa regionale vigente della prestazione sanitaria, autorizzata preventivamente ammessa al rimborso è pari ad euro _____

Il Centro Unico di Riferimento Regionale ha dato parere negativo alla sua richiesta di autorizzazione preventiva, si allega copia del parere negativo.

Data _____

Il Responsabile del Procedimento

Il Dirigente Medico

All' Azienda Sanitaria di _____ Distretto Sanitario _____

DOMANDA DI VERIFICA E DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

ai sensi del D.Lgs. n. 38 del 4/03/2014 di recepimento della Direttiva Europea 2011/24/UE

Il/la sottoscritt _____ nat_a _____ (____),

il _____ e residente a _____ (____) in _____ n _____

cap _____ codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____

chiede per se stesso per il proprio familiare (genitore, figlio, coniuge, _____)

Cognome e nome _____ nat_a _____ (____),

il _____ e residente a _____ (____) in _____ n _____

cap _____ codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____

ad essere autorizzato preventivamente,

- al ricovero ordinario, ricovero diurno, altra prestazione _____ ;
- presso la struttura _____ ;
- della città di _____ Stato Estero _____ ;
- indicazione diagnostica o terapeutica _____ ;
- caso urgente No Si (si allega certificazione medica con adeguata motivazione).

Documentazione allegata:

Prescrizione medica originale sul ricettario del SSN (ricetta rossa) del Dr. _____ ;

Certificazione Specialistica originale rilasciata da _____ ;

Altro _____ ;

Fotocopia documento identità e tessera sanitaria del richiedente e dell' assistito.

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

Titolare dei dati è la presente Azienda Sanitaria. 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 modifiche. 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 della normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____

Firma del richiedente

Azienda Sanitaria di _____ Distretto Sanitario _____

Prot. n° _____

del _____

Al sig./ra _____

Via _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Facendo seguito alla sua istanza prot. _____ del _____, riferita alla domanda per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, ai sensi del D.Lgs. n. 38 del 4/03/2014, di recepimento della Direttiva Europea 2011/24/UE, la sua richiesta di verifica ha avuto esito:

positivo, quindi sarà trasmessa al Centro Unico di Riferimento Regionale, ai fini della richiesta di autorizzazione preventiva;

negativo, per la seguente motivazione: _____
_____;

la richiesta non è soggetta ad autorizzazione preventiva e la tariffa regionale vigente della prestazione sanitaria ammessa al rimborso è pari ad euro _____;

Data _____

Il Responsabile del Procedimento

Il Dirigente Medico

Visto il parere favorevole del Centro Unico di Riferimento Regionale prot. _____ del _____ di cui si allega copia, la tariffa regionale vigente della prestazione sanitaria, autorizzata preventivamente ammessa al rimborso è pari ad euro _____

Il Centro Unico di Riferimento Regionale ha dato parere negativo alla sua richiesta di autorizzazione preventiva, si allega copia del parere negativo.

Data _____

Il Responsabile del Procedimento

Il Dirigente Medico
