

**Richiesta autorizzazione al trasferimento all'estero (paesi UE) per cure in assistenza diretta
(Mod.S2) preventivamente autorizzate dalla Regione**

Il cittadino che sceglie una struttura convenzionata in un paese CEE per usufruire di prestazioni sanitarie deve essere preventivamente autorizzato dall'Azienda ASP di appartenenza, mediante il rilascio di un modello internazionale

Documenti da presentare:

- certificazione / relazione specialistica rilasciata da struttura sanitaria pubblica, in cui venga specificata la diagnosi, il Centro estero prescelto per la prestazione;
- documentazione sanitaria cartelle cliniche-referti di esami eseguiti (TAC-RMN-ESAMI LABORATORI) tessera sanitaria;
- documentazione amministrativa: copia o dich. Sost. di certificazione (art. 46 DPR 445 del 28/12/2000) (residenza- stato di famiglia –reddito complessivo nucleo familiare);

l'assistito deve presentare all'Az.San. locale di appartenenza:

- Istanza Mod. CEE/1
- documentazione sanitaria e amministrativa richiesta
- l'ufficio provvede alla trasmissione della documentazione alla Comm.San. Reg.le
- la Comm. San. Reg.le, valutata la sussistenza dei presupposti sanitari , comunica all'az. San. Competente il parere motivato per l'autorizzazione richiesta.
- l'az. San. Prov.,acquisito il parere provvede o meno al rilascio del Mod. S2 (ex Mod. E112).

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE IN
ASSISTENZA DIRETTA**

(Riquadro da compilarsi a cura dell'assistito o di un suo familiare)

Spett. A.S.P. di _____

..... I sottoscritt nat il

a codice fiscale

residente in via

chiede che venga rilasciato il Mod. S2 al Sig.

nat il a codice fiscale

residente in via

il quale dovrà recarsi a presso il centro

per usufruire di prestazioni sanitarie.

Fa presente che, come da certificazione sanitaria allegata, le condizioni del paziente **NECESSITANO**

NON NECESSITANO della presenza di un accompagnatore.

Mezzo di trasporto richiesto

..... (data)

ALLEGATI:

- o Copia codice fiscale del richiedente e del beneficiario
- o Referti esami strumentali _____
- o Certificazione medico-specialista con diagnosi e piano terapeutico rilasciata da struttura pubblica del S.S.N.
- o Relazione del precedente ricovero
- o Copia dell'invalidità ai sensi dell'art. 11 della L. 104/92

FIRMA

(Riquadro da compilarsi a cura della azienda USL)

ALLEGATI PRODOTTI DALL'A.S.P. di Ragusa

Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale

Estremi del protocollo della presente istanza: n. del

Firma dell'addetto al servizio

REGIONE SICILIANA

ASP- RAGUSA

Consenso da parte dell'interessato al trattamento ed alla comunicazione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute.

Il /la sottoscritto/a nato/a a il
e residente a in via numero civico
dopo essere stato informato ai sensi dell'art. 10 della legge sulla privacy (L- 675/96) e, in particolare, dopo essere stato informato dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale; preso atto che i trattamenti verranno effettuati, comunque, nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza

ESPRIME

il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte di tutte le strutture della Azienda U.S.L. n. 7 ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione; esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici, epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, la diffusione e il trasferimento all'estero, nei casi previsti dalla legge, dal regolamento dell'Azienda o comunque effettuati nell'ambito delle sue finalità istituzionali;

CONSENTE

che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone (SEGNARE CON UNA CROCETTA LA VOCE CHE INTERESSA):

NESSUNO

CONIUGE E FIGLI

solo informazioni generiche di salute

emergenze

ogni informazioni

nessuna informazione

ALTRA PERSONA (indicare quale)

solo informazioni generiche di salute

emergenze

ogni informazione

nessuna informazione

AMICI E CONOSCENTI

solo informazioni generiche di salute

emergenze

ogni informazione

nessuna informazione

ORGANI DI STAMPA – RADIO – TELEVISIONE

solo informazioni generiche di salute

emergenze

ogni informazione

nessuna informazione

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(ART. 46 D.P.R. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)**

Il/ la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

Di essere nato/a _____ (RG) il _____

Di essere residente a _____

Che la famiglia convivente si compone di:

(Cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

Situazione reddituale o economica ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali, per l'anno _____ è la seguente _____

IL DICHIARANTE

(luogo, data)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

A.S.P. DI RAGUSA

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritt
Nat il
Residente a
Via

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e ad ogni effetto di legge che per la pratica relativa al
.....
.....
.....

non ha richiesto e non richiederà rimborsi o contributi ad altri Enti o Società di Assicurazioni.

Data

FIRMA