

**RICHIESTA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN FORMA
DIRETTA/INDIRETTA PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE
ALL'ESTERO**

(D.M. 03.11.89; Circolare n. 33 del 12.12.89 in G.U. 10.1.90 n. 17)

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente a _____ via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____ Telefono n. _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

- per se stesso
- per il familiare

 (cognome e nome, relazione di parentela)

nato/a a _____ il _____
 C.F. _____
 a recarsi presso il Centro Estero _____

 per _____

come da relazione allegata del medico Specialista.

Data, _____

Firma del richiedente

Autorizzazione al trattamento dati sensibili, ai sensi Dlgs 196/03 e GDPR 2016/679

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza l'Azienda USL della Romagna al trattamento dei dati personali contenuti nella documentazione trasmessa, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati.

Firma _____

Si dichiara di ricevere la presente domanda con gli allegati, in data _____

L'operatore addetto _____

RELAZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

Cognome e nome dell'assistito/a _____

Diagnosi e relazione sulle condizioni attuali _____

Richiesta di cure presso Centri di altissima specializzazione all'Estero (specificare e contrassegnare sul modulo allegato la **Patologia** per la quale si richiede il trasferimento) _____

Motivazione della richiesta:

- 1) Prestazioni non ottenibili tempestivamente in Italia (indicare le strutture sanitarie interpellate, pubbliche o convenzionate con il S.S.N. – **almeno due** – ed i tempi di attesa dichiarati dalle stesse

struttura sanitaria _____ **tempi** _____**struttura sanitaria** _____ **tempi** _____

- 2) Prestazioni non ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso in Italia (motivazione)

Precedenti cure in Italia, terapie eseguite e loro esito _____

Precedenti cure all'Estero _____

Necessità di accompagnatore e motivazione: _____

Trasporto da effettuare con :

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Volò di linea | <input type="checkbox"/> Treno | <input type="checkbox"/> Auto privata |
| <input type="checkbox"/> Volò speciale | <input type="checkbox"/> Treno con servizio speciale | <input type="checkbox"/> Ambulanza |

Motivazione _____

Data, _____ **IL MEDICO SPECIALISTA** _____

(timbro e firma)

Elenco della documentazione che si allega:
