

RICHIESTA BENEFICI
AI SENSI DELLA D.G.R.T N. 493/2001 E S.M.I
(evita la stampa e compila il modulo digitalmente)

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Usl Toscana Nord Ovest
Via Cocchi 7/9
56121 - PISA

Oggetto: richiesta dei benefici ai sensi della D.G.R.T n. 493/2001 e S.M.I
“Interventi assistenziali in favore di soggetti affetti da particolari patologie”

DATI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a _____ Prov. () il / /

Residente a _____ Via _____ n. _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

Tel. Fisso/Cell. n° _____ e-mail _____

RICHIEDE

per conto:

PROPRIO

TERZI (ASSISTITO)

DATI ASSISTITO

Rapporto di parentela/tutore amm.re di sostegno con l'assistito

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ Prov. () il / /

Residente a _____ Via _____

Prov. () n. _____ CAP _____

TIPO RICHIESTA

PRIMA ISTANZA

RINNOVO ISTANZA

(per l'erogazione dei benefici previsti dalla delibera GRT n. 493/01 e S.M.I per le spese sostenute per fruire di ulteriori livelli di assistenza, anche di natura farmacologica, non ricompresi fra le prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale)

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Allegare alla richiesta:

- il **modulo n. 2*** compilato dal Medico Specialista o di struttura pubblica (nel caso di prima richiesta/istanza) oppure compilato dal Medico di famiglia (in caso di richiesta di rinnovo istanza).
- eventuale documentazione scientifica

*Il modulo n. 2 può essere sostituito da certificazione specialistica purché dalla stessa si rilevi l'indispensabilità e la posologia del prodotto richiesto

MODALITÀ DI CONSEGNA

La documentazione deve essere consegnata (in formato pdf) con una delle seguenti modalità:

- **via mail**, inviando all'indirizzo e-mail della propria zona
 - **protocollo--???**
 - **christian.stramagliatavanti@uslnordovest.toscana.it ???**
- **via PEC** (posta elettronica certificata), inviando la documentazione a **direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it ???**

Consenso al trattamento dei dati

Acconsento al trattamento dei dati raccolti con il presente modello. I dati saranno trattati dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest nel rispetto dei principi di cui al Le gge n° 675/1996 e successive modificazioni anche con l'ausilio di mezzi informatizzati, esclusivamente allo scopo di esaminare la richiesta; i dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici per finalità previste dalla legge. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati non è obbligatorio ma in difetto non sarà possibile dare corso al procedimento.

Data

Firma

Azienda Usl Toscana Nord Ovest - Zona Pisana

Via Saragat, 24 - Pisa

Tel.050/954025 - Tel. 050/954052

**RICHIESTA BENEFICI
AI SENSI DELLA D.G.R.T N. 493/2001 E S.M.I**
(evita la stampa e compila il modulo digitalmente)

da compilare a cura del Medico Specialista o di struttura pubblica nel caso di prima istanza oppure a cura del Medico di famiglia in caso di richiesta di rinnovo istanza

Oggetto: richiesta dei benefici ai sensi della D.G.R.T n. 493/2001 e successive integrazioni
“INTERVENTI ASSISTENZIALI IN FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA PARTICOLARI PATOLOGIE”

**RELAZIONE CLINICA
CIRCA L'INDISPENSABILITÀ DELLA RICHIESTA**

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome

Nato/a a

Prov. () il / /

Diagnosi

(specificare la patologia per la quale viene richiesto il trattamento)

PIANO TERAPEUTICO DI TRATTAMENTO

Indicazione del trattamento e piano terapeutico oggetto della richiesta, con indicazione dello specifico trattamento farmacologico indispensabile per il trattamento della patologia.
Indicare i farmaci non concessi dal SSN per i quali si richiede il contributo.

RELAZIONE SANITARIA - ANAMNESI DEL PAZIENTE

Data

Firma e timbro del Medico