

ALLEGATO 1
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO PROGRAMMATO PRESSO CENTRI
DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO IN FORMA DIRETTA
MOD. S2

Questo modulo può essere inviato:

- **preferibilmente** via pec a direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it
- per posta all'indirizzo UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA, Azienda Usl Toscana Nord Ovest, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa
- consegnato a mano presso gli uffici protocollo della Azienda Usl Toscana Nord Ovest

Io sottoscritta/o _____
nato/a a _____ prov. _____
codice fiscale _____
residente a _____
in via _____ n. _____ cap. _____
Tel. _____
email _____
Indirizzo PEC _____

CHIEDO

- per me per il minore per il familiare (vedi delega allegata)

N.B. per il familiare gravemente non autosufficiente, allegare Decreto del Tribunale come tutore o amministratore di sostegno.

Io sottoscritta/o _____
nato/a a _____ prov. _____
codice fiscale _____
grado di parentela _____
residente a (se diverso da quello del richiedente) _____
in via _____ n. _____ cap. _____
l'autorizzazione, in forma diretta, a recarsi presso _____
Durata presunta del ricovero dal _____ al _____
Patologia e branca specialistica (come indicato dallo specialista) _____

Allo scopo allego:

- Documento di identità assistito
- Eventuale delega assistito interessato
- Eventuale documento delegato
- relazione del medico specialista operante esclusivamente sul territorio italiano sia pubblico che privato competente per branca, motivata in ordine alla impossibilità di fruire delle prestazioni sanitarie in Italia tempestivamente o in forma adeguata al caso clinico che evidenzia anche la necessità dell'eventuale accompagnatore o mezzo di trasporto;
- autocertificazione handicap in situazione di gravità, ai sensi art. 3 comma L.104/1992 (per cure di neuroriusabilitazione);
- altro _____



**AIUTACI A RISPARMIARE
CARTA E TEMPO!**

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.
Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code



Prendo atto che:

- ✓ Il rilascio del Mod. S2 o equipollente è subordinato al parere favorevole del Centro Regionale di Riferimento - il rilascio del medesimo per un periodo superiore a 30 giorni comporta la sospensione del medico di base.
- ✓ **DICHIARO** di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. I riferimenti per consultare l'informativa sul trattamento dati sono nel box a destra di questo modulo)

Data _____

Firma del richiedente Firma del Richiedente
(o suo delegato/tutore/amm. di sostegno)

N.B. Il modello S2 per chi si reca a Innsbruck (AT) copre esclusivamente il trattamento ospedaliero fruibile in classe tariffaria generale, con la compartecipazione da parte dell'assistito di un contributo anche di elevata entità.

Assistita/o _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AUSL

L'istanza NON viene inoltrata al Centro Regionale di Riferimento competente perché la patologia lamentata ed il trattamento richiesto non sono fra quelli individuati dalla Regione Toscana con Delibera C.R. n. 151/94 e successivi aggiornamenti, e non rientrano fra le casistiche particolarmente significative ai fini dell'invio.

L'istanza viene inoltrata al Centro di Riferimento _____

perché:

- La patologia ed il trattamento richiesto sono contemplati nella normativa sopra citata;
- La patologia ed il trattamento, seppur non ivi contemplati, rivestono un carattere di particolare significatività, in quanto

Data _____

Firma medico AUSL

L'istanza NON può essere inoltrata al Centro di Riferimento Regionale competente per carenza di documentazione e/o requisiti essenziali quali:

Data _____

Firma del funzionario



AIUTACI A RISPARMIARE CARTA E TEMPO!

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.
Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code

