

**ALLEGATO 4**  
**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO PROGRAMMATO PRESSO CENTRI**  
**DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO IN FORMA INDIRECTA**

**Questo modulo può essere inviato:**

- **preferibilmente** via pec a [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto: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 sottoscritto/a

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

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.

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

residente a (se diverso da quello del richiedente) \_\_\_\_\_

L'autorizzazione, in forma indiretta, a recarsi presso \_\_\_\_\_

Durata presunta del ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Patologia e branca specialistica (come indicato dallo specialista) \_\_\_\_\_

**CHIEDO l'autorizzazione** anche per:

☐ mezzo di trasporto (specificare il tipo) \_\_\_\_\_

☐ accompagnatore \_\_\_\_\_



**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



Allo scopo allego:

- ☐ documento identità assistito
- ☐ eventuale delega assistito interessato
- ☐ eventuale documento del 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 3 L.104/1992 (per cure di neuroriabilitazione);
- ☐ altro

Prendo atto che:

- ☐ La misura dell'eventuale rimborso, subordinato alla sussistenza dei presupposti sanitari ed amministrativi previsti dalla legge, sarà pari all'80% delle spese ospedaliere e delle spese di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore. Le spese per prestazioni libero professionali saranno rimborsate al 40% anche se fornite durante il ricovero ospedaliero.

**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  
(o suo delegato/tutore/amm. di sostegno)

**SPAZIO RISERVATO ALL'AUSL**

Assistita/o

- ☐ 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.



#### **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



- ☐ 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

