

ALLEGATO 4**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO PROGRAMMATO PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO IN FORMA INDIRETTA****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 il prov.

codice fiscale

residente a

via n. cap.

Tel.

email

Indirizzo PEC


**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'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

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 evidenzi 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 neuroriusabilitazione);
- 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 libere 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

**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.

- 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

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

