

**DOMANDA PREVENTIVA AL TRASFERIMENTO IN CENTRI PRIVATI
ITALIANI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE NON ACCREDITATI PER
CURE MEDICHE DA FRUIRE IN FORMA INDIRETTA.**
(L.R. 06.04.1993 – L.R. 20.01.1997 N.5)

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 sottoscritto/a
nato/a il a prov.
codice fiscale
residente a
in via n. cap.
Tel.
email
Indirizzo PEC

CHIEDO

☐ per me stesso; ☐ per il minore; ☐ per altri

(in qualità di ☐ delegato; ☐ tutore; ☐ amministratore di sostegno)

Cognome e nome
nato/a il a prov.
codice fiscale
residente a
in via n. cap.
Tel.
di cui il richiedente è (indicare il grado di parentela)

L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

Al trasferimento per cure mediche adeguate al caso clinico presso la struttura , struttura non accreditata, da fruire in forma indiretta ai sensi della L.R. 06.04.1993 n. 23 e successive modifiche ed integrazioni e della L.R. 20.01.1997.

A tal uopo allego:

1. copia di relazione clinica di un medico specialista, idoneamente motivata in ordine alla impossibilità di fruire delle prestazioni nelle strutture sanitarie italiane pubbliche o accreditate tempestivamente o in forma adeguata al caso clinico;
2. referti o esami, cartelle cliniche etc. in grado di offrire un quadro clinico necessario per la valutazione del caso.
3.
4.

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

(luogo e data) Il Dichiarante

NB: Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, **alla presente la dichiarazione sottoscritta dall'interessato deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.**



**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



Responsabile del procedimento

L'ufficio responsabile di questo procedimento è:

**UOC GESTIONE
AMMINISTRATIVA
ANAGRAFE ASSISTITI E
PROTESICA**

Direttrice: Gabriella Scarselli