

	M. A. A. T. 011 <b>AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE IN FORMA DIRETTA</b> <b>PRESSO UN</b> <b>CENTRO DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO MOD. S2).</b> <b>(DD.MM. 03.11.89 e 24.01.90)</b>	Data di emissione:29/08/2018 Vers. 0 Approvato ed emesso in originale
---	--	---

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

*consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 D.P.R. n.445/2000,  
dichiara sotto la propria responsabilità*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_,

#### DICHIARA

di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
Tel. fisso \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_

#### RICHIEDE

- per sé
- per altro (congiunto, delegante, tutelato):  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente nel comune di \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, in  
via \_\_\_\_\_ Codice Fiscale. \_\_\_\_\_ Tel. fisso  
\_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_
- Lavoratore dipendente presso la Ditta \_\_\_\_\_
- Lavoratore dipendente presso l'Ente Pubblico \_\_\_\_\_
- Altre categorie \_\_\_\_\_

l'autorizzazione a recarsi all'estero per ricevere cure IN FORMA DIRETTA  
presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
Stato Estero \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Trattandosi di persona minorennemaggiorrenne non autosufficiente, chiede che il trasferimento  
all'estero avvenga con accompagnatore.

Stante le esigenze connesse alla gravità del caso clinico, Il trasferimento all'estero avverrà:

- con mezzo di trasporto normale.
- con il seguente mezzo di trasporto speciale:
- volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale
- altre modalità (specificare) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a presentare e documentare eventuale domanda di rimborso entro 3 mesi  
dalla effettuazione delle spese.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- Fotocopia fronte retro della tessera sanitaria;
- Fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido;

	M. A. A. T. 011 <b>AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE IN FORMA DIRETTA          PRESSO UN          CENTRO DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO MOD. S2).</b> <b>(DD.MM. 03.11.89 e 24.01.90)</b>	Data di emissione: 29/08/2018 Vers. 0 Approvato ed emesso in originale
---	--	--

- Proposta del medico specialista (pubblico o privato) Dott. \_\_\_\_\_ della branca specialistica relativa al caso clinico ed operante presso \_\_\_\_\_, esclusivamente in Italia
- prenotazione del Centro Estero per visita/ricovero per il giorno \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il/la dichiarante \_\_\_\_\_

**MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO  
 SANITARIO  
 (Regolamento UE 679/2016)**

Presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili in ambito sanitario affissa nei locali CUP, in qualità di:

- diretto interessato/a
- esercente la potestà di genitore, in caso di minore,
- legale rappresentante, in caso di interdetto,
- persona autorizzata con specifica delega sottoscritta dall'interessato e corredata da copia del documento di identità.

**manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili in ambito sanitario, per la prestazione di cui ha fatto richiesta,**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il/la dichiarante \_\_\_\_\_

oo

**Dichiarazioni sottoscritte in presenza del dipendente addetto**

Luogo e data, \_\_\_\_\_ (firma del dipendente addetto) \_\_\_\_\_

(Timbro ASL)

oo

**PARTE RISERVATA ALL'ASL TO3**

Data ricevimento pratica \_\_\_\_\_

Funzionario A.S.L. (firma leggibile) \_\_\_\_\_

VISTO: SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DI € _____  DATA _____	IL MEDICO RESPONSABILE A.S.L.  _____ FIRMA
---	---