

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ASSISTENZA  
SANITARIA TRANSFRONTALIERA**

(D.lgs n. 38 del 4.3.2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE)

Data di emissione:  
01/07/2024  
rev. 0  
Approvato ed emesso in  
originale

Il/La sottoscritto/a [ ] C.F. [ ]

nato/a il [ ] a [ ] prov. [ ]

e residente a [ ] in via [ ] n. [ ]

tel. [ ] mail [ ]

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

per sé

in qualità di  genitore  amministratore di sostegno  soggetto formalmente delegato

per conto di [ ] C.F. [ ]

nato/a il [ ] a [ ] prov. [ ] e residente a

[ ] in via [ ] n. [ ]

tel. [ ] mail [ ]

ai sensi dell'art. 10 del D.lgs n. 38 del 4.3.2014 e del Regolamento sull'autorizzazione preventiva,

**DI BENEFICIARE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA per la seguente prestazione:**

RICOVERO ORDINARIO  RICOVERO DIURNO  PRESTAZIONE AMBULATORIALE

Indicazione diagnostica o terapeutica [ ]

Prestazione sanitaria [ ]

Prestatore di assistenza sanitaria che eroga la prestazione (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo indirizzo): [ ]

Caso particolarmente urgente:

NO  SI (motivare) [ ]

Si allegano:

Prescrizione del medico su ricettario del SSN

oppure

Prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE (che contenga gli elementi essenziali per l'identificazione del paziente; l'identificazione del prescrittore con qualifica professionale, dati di contatto diretto, indicazione dello Stato membro in cui esercita la professione, firma originale leggibile e data di emissione; indicazione della prestazione sanitaria)

Documentazione clinica in originale

Eventuale documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta di documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare etc.)

data [ ]

firma richiedente [ ]

**INFORMAZIONI PER L'UTENTE:** La risposta a questa richiesta deve essere evasa entro 30 giorni dalla presentazione del modulo. Se il caso viene classificato come urgente, la tempistica per ricevere una risposta scende a 15 giorni.

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ASSISTENZA  
SANITARIA TRANSFRONTALIERA**

(D.lgs n. 38 del 4.3.2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE)

Data di emissione:  
01/07/2024  
rev. 0  
Approvato ed emesso in  
originale

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



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.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/08/ALLEGATO2.pdf>

data

firma

data ricevimento \_\_\_\_\_

L'impiegato addetto \_\_\_\_\_

**A CURA DELLA ASL:**

ESITI: L'autorizzazione è stata concessa: SI NO

Costo della prestazione sanitaria ammessa a rimborso: euro

In caso di diniego, barrare una o più delle seguenti motivazioni del diniego:

In base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile tenuto conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;

A causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;

L'assistenza sanitaria in questione è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente comprese le disposizioni sulla vigilanza indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;

l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia presso

data

firma e timbro medico ASL TO3