

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

MODELLO D- Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso centri di altissima specializzazione all'estero in forma indiretta (DM Sanità 3 Novembre 1989 art.4-Circolare ministeriale n.33, del 12 dicembre 1989-DPCM 01/12/2000-L.104/92).

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il.....a

residente ain via..... n.....

C.F:cittadinanza.....telefono/cell.....

e-mail.....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL, adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure";
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali In caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato

denominato:.....

ubicato nello Stato..... Città.....via.....

n..... telefono.....e-mail.....

A tal fine richiede il rilascio dell'autorizzazione per ottenere l'assistenza in forma indiretta (a rimborso) presso il suddetto centro convenzionate del suddetto Stato.

Allega alla presente domanda:

1. proposta motivata di un medico specialista pubblico privato

della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;

