

Al Direttore di AST
di FERMO

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA IN CENTRO PMA PUBBLICO O PRIVATO ACCREDITATO DELLA REGIONE _____ CON ONERI A CARICO DELLA REGIONE DI ASSISTENZA.

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____ in via _____ n° _____
Cod Fisc: _____, recapito telefonico: _____
coniugata convivente

con il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____ in via _____ n° _____
Codice Fiscale: _____, recapito telefonico: _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

a fruire dell'assistenza sanitaria diretta per le sotto specificate prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita presso Struttura pubblica/privata accreditata della Regione _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- **certificazione del medico specialista della struttura con indicazione al trattamento;**
- **dichiarando di aver effettuato n. _____ cicli di PMA presso strutture private/pubbliche di cui n. _____ con richiesta di rimborso alla Regione Marche.**

La sottoscritta dichiara di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legge 40/2004, modificata dalle sentenze della corte costituzionale 151/2009 e n.162/2014.

Firma della richiedente (1) _____

Firma del coniuge/convivente (2) _____

I sottoscritti, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiarano che quanto riportato nel presente documento corrisponde a stati o fatti risultanti da documenti in proprio possesso ovvero presso le pubbliche amministrazioni.

I sottoscritti dichiarano altresì di essere informati che, ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del D.lgs. n. 196/2003 e smi, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in oggetto e ne autorizzano l'invio per mezzo di posta elettronica (e-mail).

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA leggibile del dichiarante (1)

FIRMA AUTOGRAFA leggibile del dichiarante (2)

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ DI ENTRAMBI I DICHIARANTI