Prot. in entrata N. _____del _____ ***Allegato A***

Spett.le Direzione Amministrativa Ospedaliera e
Funzioni di Front/Back Office – Ancona
Email: ***ufficioestero.av2@sanita.marche.it***

Cure di alta specializzazione all'estero

(D.M. 3 novembre 1989 – Determina ASURDG n. 15 del 12/01/22 di recepimento DGRM n. 1323 del 3/11/21)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ Cod. fisc. _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

☐ per sé

☐ in qualità di _____ (***compilare allegato 1A***)

del/della sig./sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ Cod. fisc. _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Affetto/a da _____

_____

Letto e compreso il provvedimento – Determina ASURDG n. 15 del 12/01/2022 di recepimento DGRM n. 1323 del 03/11/2021 e la nota informativa

CHIEDE

Di essere autorizzato a fruire di prestazioni assistenziali all'estero presso: _____

_____

_____ Stato _____

per essere sottoposto a:

- ☐ Accertamenti diagnostici
- ☐ Trattamenti terapeutici
- ☐ Intervento chirurgico
- ☐ Altro _____

Mezzo di trasporto:

☐ A) Dichiara che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di traporto normale:

_____ (specificare)

Oppure

☐ B) Chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale, stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico ***(da compilare solo nel caso in cui l'assistito non è in condizione di viaggiare con volo di linea, nave o treno e necessita di un tipo di trasporto particolare):***

- ☐ Volo speciale
- ☐ Auto privata
- ☐ Ambulanza
- ☐ Treno con servizio speciale
- ☐ Altre modalità (specificare) _____

Chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore, trattandosi di persona:

_____ (specificare se minorenne, maggiorenne non autosufficiente o altro)

_____ (indicare nome e cognome dell'accompagnatore)

La presente richiesta, ai sensi della certificazione medica allegata, è riferita a prestazioni di Alta Specializzazione incluse nelle aree di attività di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza, non ottenibili tempestivamente in Italia e/o non ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso clinico.

A tal fine allega (*barrare solo le caselle relative alla documentazione prodotta*)

- ☐ Certificato del medico specialista;
- ☐ Documentazione sanitaria relativa al caso clinico;
- ☐ Copia lettera di invito/appuntamento del centro di alta specializzazione;
- ☐ Copia documento di identità in corso di validità;
- ☐ Copia tessera sanitaria;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (***allegato 1A***) in caso di domanda presentata da un familiare dell'assistito o dal tutore, fiduciario, ecc…;
- ☐ Altro _____.

___/____/_____ _____

(data) (firma)

Il Direttore della UOC Servizi Sanitari di Base – Direzione del Distretto di _____,

esaminata la documentazione sanitaria prodotta, dichiara:

□ di validare la documentazione clinica agli atti, ai fini del riconoscimento dei presupposti a base della richiesta di cure di alta Specializzazione all'estero;

□ annota, ad integrazione le seguenti valutazioni: _____

_____

_____

_____

□ allega modulo TRS.01 – compilato nella prima parte

La presente costituisce atto di autorizzazione alla trasmissione al Centro Regionale di Riferimento

___/____/_____ _____

(data) (Timbro e firma)