



Dipartimento per la Programmazione Accreditamento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

(Direttive 2011/24/UE e 2012/52/UE recepite con D.lgs. 04/03/2014 n° 38 e Linee Guida del 21/12/2017)

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a cittadinanza
residente a in via
telefono e-mail
C.F. iscritto negli elenchi dell' ASST

CHIEDE

- ☐ **per sé**
☐ **per conto di:**

cognome nome
nato/a il a cittadinanza
residente a in via
C.F. iscritto negli elenchi dell' ASST
In qualità di

(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

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

per il seguente periodo
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)



Dipartimento per la Programmazione Accreditemento Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

Allega:

- Prescrizione del medico su ricettario 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, i dati di contatto diretto, l'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, altro).

.....
(luogo e data)

Firma dell'assistito (o di chi ne fa le veci)

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

DPO	PARTITA IVA E C.F.	Via/Piazza	CAP	Comune	Rappresentante del DPO
LTA S.R.L.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	Recupero Luigi

INFORMAZIONI PER L'ASSISTITO:

La richiesta deve essere evasa entro 30 giorni dalla presentazione del presente modulo. In caso di richiesta urgente, essa deve essere evasa entro 15 giorni.