



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 AUTORIZZAZIONE PER CURE ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO

(D.M. 3/11/1989)

Il/la sottoscritto/a.....

Codice fiscale.....

nato/a a il

cittadinanza.....

residente a..... in via

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

iscritto obbligatoriamente negli elenchi dell'ASST ☐ **CREMA** ☐ **CREMONA** ☐ **MANTOVA**

CHIEDE

☐ **per sé**

☐ **per conto di:**

cognome.....nome.....

nato/a a.....il..... cittadinanza.....

residente a.....in via.....

codice fiscale.....

iscritto obbligatoriamente negli elenchi dell'ASST ☐ **CREMA** ☐ **CREMONA** ☐ **MANTOVA**

In qualità di

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

l'autorizzazione a recarsi per prestazioni sanitarie e cure presso il Centro estero

(scrivere il nome completo del centro, la città e lo stato estero)

.....

.....

☐ In assistenza diretta (modello S2/ex E112)

☐ In assistenza indiretta e allega preventivo di spesa



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

Per il seguente periodo

.....

.....

.....

Per il seguente motivo:

- ☐ **INIZIO CURE**
- ☐ **PROSEGUIMENTO CURE**
- ☐ **CAMPIONI BIOLOGICI**

Come indicato nella allegata proposta motivata del medico specialista

Dr./Dr.ssa

.....

.....

Allega altresì la seguente documentazione clinica:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

CHIEDE INOLTRE

MP10.5.4.1 rev.00

Dipartimento per la Programmazione Accredитamento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

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

☐ l'autorizzazione al trasporto a mezzo

(specificare i mezzi di trasporto per il trasferimento all'estero)

.....
.....
.....

☐ l'autorizzazione all'utilizzo dell'accompagnatore in quanto:

☐ minore di anni 18

☐ maggiore di anni 18 non autosufficiente

Data.....

Firma.....

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