

UFFICIO RICOVERI EXTRA REGIONE**Modello A****RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991**

PRATICA N. _____ ANNO _____ (da compilare a cura dell'Ufficio preposto)

Modalità di trasmissione:

- **email:** ricoveriextraregione@aslsassari.it;
- **pec:** distretto.ss@pec.aslsassari.it
- **consegna a mano presso l'Ufficio Sportello al Pubblico Ricoveri Extra Regione, Via Tempio n.5, Piano Terra - Sassari (Lun. 9.00/13.00 – Gio. 9.00/12.30 e 15.00/16.30)**

☐ 1° Richiesta di Autorizzazione ☐ Richiesta di Autorizzazione per continuità terapeutica

II/La sottoscritto/a _____ Cod. Fisc. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento rilasciato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto di tutte le dichiarazioni rese con la presente istanza sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere nato/a a _____, il _____,
di essere residente a _____, in Via _____ n. _____,
di essere domiciliato/a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail e/o PEC _____

con la presente,

CHIEDE☐ per sé stesso ☐ in qualità di (specificare rapporto/parentela) _____ per il paziente:

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____, nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____

Il rilascio dell'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ex art. 10 della L.R. 26/91 a fruire dei benefici economici (rimborso spese di viaggio e contributo di soggiorno) per prestazioni sanitarie da effettuare:

presso la struttura sanitaria ubicata in territorio ☐ Nazionale ☐ Estero

Nome Struttura	
Luogo	
Periodo	dal _____ al _____

Si allega alla presente:**UFFICIO RICOVERI EXTRA REGIONE**

☐ proposta sanitaria attestante la necessità della prestazione, predisposta da un medico specialista della branca interessata in cui sia specificata, in maniera chiara la prestazione sanitaria, la diagnosi o il sospetto diagnostico, il quadro clinico, la struttura extraregione e qualunque altra informazione che possa essere utile per la valutazione del caso. Deve inoltre essere necessariamente certificato che la prestazione richiesta **NON** è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in Sardegna, nonché l'eventuale necessità di uno o due accompagnatori.

Nota Bene: In caso di continuità terapeutica allegare ultima relazione sanitaria con la previsione della prestazione sanitaria da effettuare e/o appuntamento con indicazione della prestazione da eseguire o altro certificato specialistico indicante la prestazione da eseguire e l'eventuale necessità di accompagnamento.

- ☐ copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'assistito in corso di validità;
- ☐ copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (se diverso dall'assistito):
- se l'assistito è rappresentato da tutore o amministratore di sostegno nominato dal tribunale, allegare Decreto di nomina del giudice;
- se il richiedente è persona diversa dall'assistito maggiorenne, allegare copia della delega;
- ☐ copia del documento d'identità dei genitori o tutore/amministratore di sostegno se l'assistito è minorenne o diversamente abile;
- ☐ ulteriore documentazione utile per il rilascio dell'autorizzazione, specificare quale:
- _____
- _____
- _____

Il/la sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura, vengano trasmesse esclusivamente con una delle seguenti modalità (*barrare l'opzione di scelta*):

- ☐ presso la propria residenza, indicata nella presente istanza;
- ☐ presso il proprio domicilio, indicato nella presente istanza;
- ☐ al seguente indirizzo di posta elettronica personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica diversi da quello personale indicato*): _____;
- ☐ al seguente indirizzo PEC personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica PEC diversi da quello personale indicato*): _____;

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì:

- ☐ di essere a conoscenza che il rilascio della concessione dei benefici sopra indicati è soggetto alla verifica dei requisiti previsti dalla L.R. n. 26/1991 e ss.mm.ii;
- ☐ di prestare il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi di quanto previsto dall'art.13 del Reg. UE 2016/679 (per brevità, GDPR), nonché del D.lgs. n.196/2003 come integrato e modificato dal D.lgs. n.101/2018.

NOTA BENE: Al fine di consentire l'esame della richiesta e lo svolgimento del conseguente procedimento amministrativo, la presente modulistica va compilata in modo completo e leggibile, priva di alterazioni e modifiche di alcun genere.

Data _____

Firma Leggibile per esteso



**MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI DELEGA PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER
PRESTAZIONI SANITARIE LEGGE N°26/91**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a _____ via _____ n° _____

Delega

Il Sig./la Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via _____ n° _____

C.F.: _____

a presentare la richiesta di autorizzazione per la concessione di contributi regionali di solidarietà per prestazioni sanitarie, ai sensi della Legge Regionale n. 26 del 23.07.1991.

Si allega:

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.

Data _____

Firma Leggibile per esteso