

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ Stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

In qualità di:

- diretto interessato
- familiare altro (specificare) _____
di: (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
grado di parentela (specificare) _____ codice fiscale _____
residenza (se diversa) _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento all'estero per cure con assistenza in forma diretta/indiretta

- per sé
- per il familiare: cognome e nome _____

presso il Centro estero _____

della città di _____ Paese _____

dal _____ al _____

RICHIEDE

inoltre l'autorizzazione per l'accompagnatore: sì no

e per il trasporto (indicare il tipo di trasporto) _____

e allega i seguenti documenti:

- cartella clinica relativa alla malattia per la quale si richiede il ricovero alle strutture estere
- certificazione di un medico specialista (pubblico o privato) che attesti:
- ✓ l'indispensabilità delle indagini diagnostiche e/o delle terapie proposte
 - ✓ i tempi massimi di attesa ritenuti compatibili con la patologia del paziente
 - ✓ l'indicazione della struttura estera alla quale ritiene debba rivolgersi il paziente
 - ✓ la motivazione di ricorso a strutture sanitarie estere
- la documentazione dettaglia di eventuali precedenti trattamenti chirurgici, radioterapici, chemio-ormonoterapici, ecc., praticati per la malattia in corso, l'indicazione delle strutture presso le quali tali trattamenti sono stati eseguiti.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

“Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslc1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ Firma (per esteso) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti per richiedere l'autorizzazione al trasferimento all'estero per cure con assistenza in forma diretta/indiretta, nei casi contemplati dalla Legge vigente.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di richiesta è compilato dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. cartella clinica relativa alla malattia per la quale si richiede il ricovero in strutture estere
2. certificazione di un medico specialista (pubblico o privato) che attesti:
 - a. l'indispensabilità delle indagini diagnostiche e/o delle terapie proposte
 - b. i tempi massimi di attesa ritenuti compatibili con la patologia del paziente
 - c. l'indicazione della struttura estera alla quale ritiene debba rivolgersi il paziente
 - d. la motivazione di ricorso a strutture sanitarie estere
3. la documentazione dettagliata di eventuali precedenti trattamenti chirurgici, radioterapici, chemio-ormonoterapici, ecc., praticati per la malattia in corso, l'indicazione delle strutture presso le quali tali trattamenti sono stati eseguiti.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'autorizzazione al trasferimento all'estero per cure con assistenza in forma diretta/indiretta, viene concessa, nei casi contemplati dalla Legge vigente, dal Centro di Riferimento Regionale.

TEMPO DI RISPOSTA:

20 gg. previo parere da parte del Centro Regionale di Riferimento - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI /LINK

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero
------------------	---