

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ASSISTENZA INDIRECTA
PER PARTO DOMICILIARE****Il sottoscritto/a**

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di: diretto interessato familiare altro (specificare) _____**di:** (nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____

residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

Nell'allegare alla presente domanda la documentazione prevista dalla normativa vigente:

- 1) dichiarazione dell'ostetrico/a che ha in carico la paziente attestante l'idoneità della medesima al parto domiciliare, redatto e presentato entro l'ottavo mese di gravidanza;
- 2) certificato dello stato di salute della gestante rilasciato dal medico di medicina generale redatto e presentato entro l'ottavo mese di gravidanza;
- 3) modello di consenso informato;
- 4) autocertificazione dell'ostetrica sull'applicazione dei protocolli riferiti all'assistenza al travaglio, alla rianimazione neonatale e all'assistenza al puerperio;

e nel comunicare che:

- l'ospedale di riferimento per eventuale emergenza è _____;

- il pediatra che effettuerà la prima visita sarà il Dr. _____;

CHIEDE

la concessione dell'autorizzazione in forma indiretta per l'assistenza al parto domiciliare.

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 (art. 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@aslcn1.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) _____

AUTORIZZAZIONE

Si autorizza l'assistenza per parto domiciliare in forma indiretta con rimborso della quota determinata dalla Giunta Regionale per l'anno in corso.

Data _____

IL MEDICO DEL DISTRETTO _____

Dott. _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve alle assistite che, in base alla normativa vigente, scelgono di espletare il parto a domicilio, verificata la sussistenza delle condizioni sanitarie atte al suo compimento; esse avranno diritto ad un contributo, nella misura prevista dalla normativa stessa, previa autorizzazione da parte del Medico di Distretto territorialmente competente, dopo l'espletamento del parto.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessata o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessata 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@aslc1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it

Avvertenze

- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione
- Nel caso in cui vengano scelte le modalità di consegna indicate ai punti b) e c) la richiesta non verrà presa in considerazione fino a quando non pervenga all'ufficio competente la documentazione in originale indicata nei sottostanti punti 1, 2, 3 e 4.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Dichiarazione dell'ostetrico/a che ha in carico la paziente attestante l'idoneità della medesima al parto domiciliare, redatto e presentato entro l'ottavo mese di gravidanza;
2. Certificato dello stato di salute della gestante rilasciato dal medico di medicina generale redatto e presentato entro l'ottavo mese di gravidanza;
3. Modello di consenso informato;
4. Autocertificazione dell'ostetrica sull'applicazione dei protocolli riferiti all'assistenza al travaglio, alla rianimazione neonatale e all'assistenza al puerperio

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'autorizzazione all'assistenza per parto domiciliare in forma indiretta, con rimborso della quota determinata dalla Regione per l'anno in corso, viene rilasciata dal Distretto territorialmente competente.

TEMPO DI RISPOSTA:

30 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslc1.it

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa
------------------	---