ASLCagliari
Azienda socio-sanitaria locale

UFFICIO RICOVERI FUORI REGIONE
Via Romagna, 16 – 09127 Cagliari
tel. 070 6093704 / 6211 / 3221 / 3660
ricoverifuoriregione@aslcagliari.it

MODULO DI PRIMA ISTANZA
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AI SENSI DELLA L.R. 26/1991

L'AUTORIZZAZIONE È RICHIESTA PER:
☐ **TERRITORIO NAZIONALE** ☐ **ESTERO**

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a – cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

sesso: maschile ☐ femminile ☐ altro (c.f. a mano) ☐

residente a _____ CAP _____ via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

☐ per sé

☐ per il/la seguente assistito/a, in qualità di genitore, tutore, amministratore di sostegno o delegato

DATI DELL'ASSISTITO (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Assistito/a – cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

sesso: maschile ☐ femminile ☐ altro (c.f. a mano) ☐

residente a _____ CAP _____ via/piazza _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

STRUTTURA DI DESTINAZIONE

che, secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge, venga rilasciata l'autorizzazione a fruire dell'assistenza sanitaria al di fuori della Regione Sardegna presso:

Struttura sanitaria _____

Reparto / U.O. _____ comune o città _____ prov. _____

Stato (solo estero) _____ presidi nazionali interpellati _____

Prestazione richiesta (barrare una o più voci):

☐ ricovero ☐ day hospital ☐ day surgery ☐ visita

☐ pre-ricovero ☐ esami diagnostici ☐ altro _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL RIMBORSO

Il conto corrente deve essere intestato al beneficiario dei contributi.

☐ conto intestato al RICHIEDENTE, con i dati sopra indicati

☐ conto intestato all'ASSISTITO, con i dati sopra indicati

Istituto _____

IBAN _____

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE (BARRARE LE VOCI ALLEGATE)

☐ proposta sanitaria predisposta da uno specialista, anche privato, della patologia, contenente la diagnosi in maniera estesa e dettagliata con elementi clinici e/o strumentali comprovanti la stessa, l'indicazione del luogo di ricovero e cura attestante la necessità di trattamenti sanitari di particolare rilevanza specialistica che non possono essere praticati tempestivamente e/o adeguatamente presso luoghi di ricovero e cura ubicati nel territorio regionale, documentazione dello stato clinico del paziente o la condizione che non consenta allo stesso di essere autosufficiente, per cui si rende necessaria la presenza di un accompagnatore durante il soggiorno

☐ fotocopia di un documento identificativo e della tessera sanitaria del paziente

☐ fotocopia del documento identificativo e della tessera sanitaria dei genitori o del tutore del paziente se è minore o diversamente abile, o del delegato

☐ certificato di residenza e di stato di famiglia del paziente (autocertificazione: parte C del presente modulo)

☐ certificato di residenza dell'eventuale accompagnatore (autocertificazione: mod. 03)

☐ delega del paziente, qualora a presentare la domanda sia un soggetto diverso (parte D del presente modulo)

☐ informativa privacy sottoscritta (mod. 04)

Titolare del trattamento: ASL n. 8 di Cagliari. Informativa completa ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. (UE) 2016/679: mod. 04.

_____

Luogo e data *Firma del richiedente*

PARTE B — AUTOCERTIFICAZIONE DI PRESTAZIONE IN REGIME SSN

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – art. 47 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a, sopra generalizzato/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

che in data _____ si recherà presso la struttura _____

comune _____ prov. _____ reparto / U.O. _____

Prestazione richiesta (barrare una o più voci):

☐ ricovero ☐ day hospital ☐ day surgery ☐ visita

☐ pre-ricovero ☐ esami diagnostici ☐ altro _____

IN REGIME DI CONVENZIONE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

SI PRECISA CHE NON SARANNO OGGETTO DI AUTORIZZAZIONE E CONSEGUENTE RIMBORSO LE PRESTAZIONI SANITARIE RESE IN REGIME DI SOLVENZA (A PAGAMENTO), come ad esempio le visite in regime di libera professione o intramoenia.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000.

_____

Luogo e data *Firma del/della dichiarante*

PARTE C — DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI FAMIGLIA

art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a, sopra generalizzato/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che la famiglia anagrafica dell'assistito è così composta:

Cognome e nome	Nato/a a	Il	Rapporto di parentela

La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione non va autenticata.

Luogo e data *Il/La dichiarante*

PARTE D — DELEGA

da compilare solo se la domanda è presentata da un soggetto diverso dall'assistito

Il/La sottoscritto/a assistito/a, sopra generalizzato/a,

DELEGA

Il/La Signor/a – cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

sesso: maschile ☐ femminile ☐ altro (c.f. a mano) ☐

residente a _____ CAP _____ via/piazza _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

a svolgere per suo conto le seguenti operazioni (barrare le caselle interessate):

☐ presentazione della richiesta di autorizzazione e ritiro del relativo provvedimento

☐ disbrigo di tutte le pratiche relative ai rimborsi delle spese sostenute per le cure fuori regione di cui alla L.R. 26/1991, riferite al delegante e agli eventuali accompagnatori

☐ altro (specificare nel riquadro sottostante)

Si allega fotocopia del documento di identità di entrambi i sottoscrittori.

Firma del delegante (assistito) *Firma per accettazione del delegato*