Regione Abruzzo
Azienda Unità Sanitaria Locale 02- Lanciano/Vasto/Chieti
C.F. e Partita IVA 02307130696
Nucleo Operativo Distrettuale (NOD) di Vasto
Via Michetti, 86 -66054 VASTO (CH)- tel. 0873308730 fax 0873308784

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONEALLE PRESTAZIONI DI PROCREAZONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Vasto, _____

Al Direttore
Nucleo Operativo Distrettuale
di Vasto

La sottoscritta

COGNOME _____ NOME _____

NATA IL _____ A _____ (____)

RESIDENTE IN _____ (____)

ALLA VIA_____ N.° ____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

NATA IL _____ A _____ (____)

RESIDENTE IN _____ (____)

ALLA VIA_____ N.° ____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

PRESO ATTO

che la DGRA n.° 659 del 28/08/2018 stabilisce:

- Il limite per la donna a 46 anni di età;
- Il numero di cicli di trattamento, fino a n.° 6 cicli

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

ad accedere alle prestazioni di PMA, con oneri a carico della Regione di residenza, presso la seguente:

- Struttura pubblica _____
- Struttura privata convenzionata _____

I sottoscritti inoltre,
consapevoli di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in merito alla responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

DICHIARANO

- di NON AVER \ AVER effettuato n.° _____ cicli di trattamento di PMA di _____ Livello presso altre strutture pubbliche o private (convenzionate e non convenzionate) con oneri a carico del SSN;
- di essere stati informati della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (D.Lgs n.101/2018 – Regolamento Europeo 679/2016);
- di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie.

Allegano la seguente documentazione:

- certificato di diagnosi di infertilità;
- piano di trattamento previsto con la descrizione della tipologia delle singole prestazioni (terapia farmacologica e chirurgica) e del numero di cicli di trattamento previsti;
- data di inizio prevista del ciclo di trattamento;
- regime di erogazione previsto, ambulatoriale, ricovero ordinario o diurno e in tal caso indicazione delle condizioni cliniche della paziente che richiedono il trattamento in regime di ricovero;
- tessera sanitaria e documento di riconoscimento (C.I. \ Patente di guida)

  della sig.ra _____ ;
- tessera sanitaria e documento di riconoscimento (C.I. \ Patente di guida)

  del sig. _____ .

_____ _____

Firma per esteso Firma per esteso