



**Al Direttore di Distretto Est/Ovest dell'Azienda Ulss n. 8 Berica**

**La sottoscritta**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| e-mail \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| e-mail \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO**

che la DGR n. 822 del 14.06.2011 e successive disposizioni stabiliscono:

- che l'età di accesso delle coppie
  - per l'età femminile è fino al compimento di 50 anni
  - per l'età maschile è fino al compimento di 65 anni
- che il trattamento con oneri a carico del SSN è stabilito in un numero massimo di:
  - 4 cicli di 1° livello nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74
  - 6 cicli di 2° livello (con esecuzione pick up) nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74

**CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE**

per poter accedere alle prestazioni PMA presso la seguente

Struttura Pubblica \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

Struttura privata accreditata \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

La sottoscritta/Il sottoscritto inoltre, consapevoli della responsabilità che discende da dichiarazioni false o mendaci

**DICHIARANO**

- ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000:
  - di essere coppia legalmente coniugata per matrimonio registrato presso il Comune di \_\_\_\_\_;
- ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000:
  - di essere coppia convivente con dimora abituale presso il Comune di \_\_\_\_\_;
  - di aver effettuato finora n. \_\_\_\_\_ cicli di trattamento per la PMA di 1° livello presso altre strutture pubbliche o private convenzionate venete o italiane con oneri a carico del SSN (indicare anche se n.cicli=0);
  - di aver effettuato finora n. \_\_\_\_\_ cicli di trattamento per la PMA di 2° livello presso altre strutture pubbliche o private convenzionate venete o italiane con oneri a carico del SSN (indicare anche se n.cicli=0);

## DICHIARANO

di essere stata/o informata/o della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 2016/679 sulla privacy e del D.lgs. 196 del 2003 e ss.mm.ii.) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti, per cui

## ESPRIMONO IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e ai sensi di quanto previsto dal DM 11 aprile 2008 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

**ALLEGANO la seguente documentazione sanitaria** (obbligatoria) nonchè dichiarazioni rilasciate dal centro di sterilità dove la medesima/il medesimo eseguirà il ciclo di PMA di cui al provvedimento regionale in oggetto, relativamente a:

- diagnosi di infertilità;
- indicazione sulla terapia farmacologica e sulla terapia chirurgica;
- indicazione sul regime di trattamento che avverrà in (*barrare la casella corrispondente*):
  - regime di ricovero ospedaliero con DRG n° \_\_\_\_\_ il cui addebito avverrà verso l'ULSS 8 – Distretto Est/Ovest attraverso la mobilità sanitaria;
  - regime ambulatoriale con fatturazione diretta all'ULSS detratto il ticket;
- fotocopia di documento di identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso di entrambi

\_\_\_\_\_

### SPAZIO RISERVATO AL DISTRETTO

*Vista la richiesta di autorizzazione, accertato che la struttura prescelta risulta iscritta nel registro delle strutture autorizzate ex Art. 11 della Legge 40/2004, considerato che in base alle dichiarazioni dell'interessata/o e alla documentazione prodotta, sussistono i requisiti previsti dal DGR n. 822/2011*

### **SI AUTORIZZA**

*secondo quanto previsto dalla Regione Veneto con DGR 822 del 14.06.2011 e successiva delibera n. 859 del 21.06.2011 con oneri a carico del SSN, il ricorso alla struttura extraregionale succitata per ogni valutazione ed eventuale intervento di PMA alle condizioni di cui alla Legge 40/2004 e relativo Regolamento di esecuzione (DM 11 aprile 2008), intervento che sulla base della documentazione prodotta avverrà in regime*

- di ricovero
- ambulatoriale

Li \_\_\_\_\_

**Il Direttore di Distretto**

\_\_\_\_\_