

Al Direttore del 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, la DGR n. 1654 del 09.09.2014, la DGR n. 1904 del 23.12.2015 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 eterologa 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) nonché dichiarazioni rilasciate dal centro di sterilità dove la medesima/il medesimo eseguirà il ciclo di PMA eterologa di cui ai provvedimenti regionali 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 che, ai sensi del documento 25.9.2014 di definizione della Tariffa Unica Convenzionale per le prestazioni di Fecondazione Eterologa della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome recepito con DGR Veneto n.1654/2014, deve avvenire attraverso la compensazione della mobilità interregionale;
- 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 e successive disposizioni

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 compensazione della mobilità interregionale, ai sensi del documento 25.9.2014 di definizione Tariffa Unica Convenzionale per le prestazioni di Fecondazione Eterologa della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome recepito con DGR Veneto n.1654/2014.

Lì _____

Il Direttore di Distretto
