


**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L' EROGAZIONE, A CARICO DEL SSN,
 DI PRESTAZIONI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
 EX DGR N. 822/2011, 904/2019 e 839/2022 IN REGIONE
 DIVERSA DALLA REGIONE VENETO - PMA OMOLOGA**

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 le DDGGRR n. 822/2011, 1904/2015, 904/2019 e 839/2022 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°/3° livello (con esecuzione pick-up) di PMA omologa e/o eterologa maschile nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74;
 - 6 cicli di 2°/3° livello di PMA eterologa femminile 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 _____ *

I sottoscritti inoltre, consapevoli della responsabilità in caso di 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 residenza congiunta presso il Comune di _____ *;

* dato obbligatorio

- 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°/3° livello presso altre strutture pubbliche o private convenzionate venete o italiane con oneri a carico del SSN (*indicare anche se n. cicli=0*);

***dato obbligatorio**

- di essere stati informati 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 Salute1 luglio 2015 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

Allegano la seguente documentazione sanitaria obbligatoria:

1. fotocopia fronte/retro di un documento di identità valido di entrambi
2. certificato di infertilità oppure altra certificazione rilasciata da medico specialista che riporti in forma esplicita uno o più criteri di inclusione tra quelli elencati nell'allegato A alla DGRV 839/2022
3. piano terapeutico
4. certificazione rilasciata dalla struttura scelta, contenente l'indicazione del regime di trattamento che avverrà (*barrare la casella corrispondente*)

- in regime di ricovero ospedaliero con DRG n° _____* (**dato obbligatorio*)

il cui costo sarà addebitato alla ULSS 8 attraverso la mobilità sanitaria, senza alcun rimborso all'utente, né alla struttura;

- in regime ambulatoriale. In questo caso l'addebito può avvenire:
- in mobilità sanitaria direttamente a questa Ulss 8 Berica senza alcun rimborso all'utente né alla struttura, oppure
 - previo pagamento delle prestazioni da parte dell'utente e successiva richiesta di rimborso da presentare su apposito modulo alla Ulss 8 Berica – Direzione del Distretto. Si precisa che il rimborso può essere riconosciuto esclusivamente nei limiti delle tariffe definite dalla Regione Veneto con DGR 904/2019, come dettagliate nel citato modulo.

Luogo e data _____

Firma per esteso di entrambi

Allegato alla presente: MODELLO PMA_5 richiesta rimborso