



**ISTANZA DI VERIFICA AUTORIZZAZIONE
 PER PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
 ALL'ESTERO IN UNIONE EUROPEA
 ex DIRETTIVA 2011/24/UE e D.LGS 38/2014**

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 DDGGR n. 822/2011, 1904/2015, 904/2019, 839/2022 e il d.lgs. 38/2014 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.
- che il rimborso può essere riconosciuto al massimo in misura pari al costo che il sistema sanitario avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nella Regione di residenza dei pazienti, cioè al massimo alle tariffe vigenti in Regione Veneto ex DGR 904/2019, non potendosi superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta;

CHIEDONO LA VERIFICA PER L'AUTORIZZAZIONE

delle cure di PMA da eseguire presso la seguente:

Struttura _____ * dello STATO UE _____ *

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 oppure estere 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 oppure estere 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 Salute 1 luglio 2015 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

Allegano la seguente documentazione obbligatoria (con traduzione professionale in lingua italiana):

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. certificato rilasciato dalla struttura sanitaria estera prescelta, riportante espresso riferimento alla coppia, data, timbro e firma del medico specialista della struttura, inclusi contatti con il medico, corredato di traduzione professionale in italiano, con indicazione del:
 - tipo di PMA prevista espressa indicazione omologa / eterologa maschile / eterologa femminile / eterologa bilaterale e distinzione tra ovociti a fresco oppure congelati,
 - regime effettivo di erogazione, ambulatoriale o ricovero diurno o ricovero con pernottamento di quante notti.

Luogo e data _____

Firma per esteso di entrambi

