

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE, A CARICO DEL SSR, DI PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE AMBULATORIALI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
(PMA) ETEROLOGA EX DGR N. 4/39 DEL 22.01.2019**

Al Direttore di Distretto Socio Sanitario di

La sottoscritta

Cognome _____ Nome _____ nata il _____
a _____ prov. _____ residente nel comune di _____
CAP _____ in via _____
Codice fiscale _____
tel. _____ e-mail _____

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ nata il _____
a _____ prov. _____ residente nel comune di _____
CAP _____ in via _____
Codice fiscale _____
tel. _____ e-mail _____

PRESO ATTO

- che per poter accedere alla PMA Eterologa a carico del SSR la DGR n. 4/39 del 22.01.2019, ai sensi della Legge n. 40 del 2004 e della sentenza della Corte Costituzionale n. 162 del 9 aprile del 2014, individua i seguenti requisiti di accesso:
 - residenza in Sardegna da almeno due anni;
 - stato di matrimonio/convivenza;
 - compimento per la donna di non oltre il 46° anno di età;
 - numero cicli di trattamento di PMA eterologa complessivamente non superiore a 3;
- che sarà riconosciuto alla Struttura che eroga la prestazione sanitaria il rimborso degli oneri nella misura massima di cui alla tariffa unica convenzionale individuata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 25 settembre 2014 al netto dell'eventuale quota di compartecipazione della spesa;
- che l'eventuale differenza tra la tariffa unica convenzionale di cui al punto precedente e quella prevista dalla Struttura erogante sarà a totale carico del paziente;
- che il regime di erogazione previsto è esclusivamente ambulatoriale.

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

per poter accedere alle prestazioni PMA Eterologa presso la seguente:

- StrutturaPubblica _____ della Regione
- Struttura privata accreditata _____ della Regione
- Struttura estera

DICHIARANO

(consapevoli di quanto previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci)

- di essere residenti in Sardegna da almeno due anni;
- di essere coniugati o conviventi;
- di non essere contemporaneamente sottoposti a cicli di PMA eterologa presso altre strutture, pubbliche o private accreditate, della Regione Sardegna o di altre regioni italiane con oneri a carico del SSN;
- di avere effettuato n. _____ cicli di trattamento per la PMA eterologa presso altre strutture pubbliche o private convenzionate con oneri a carico del SSN;

ALLEGANO

Certificazione sanitaria predisposta dal medico specialista che svolge la propria attività presso un Centro di PMA regionale o nazionale (*) attestante l'indicazione clinica a sottoporsi alla tecnica di PMA eterologa. Per le richieste all'estero è obbligatorio specificare anche la motivazione per cui la paziente non può effettuare la medesima prestazione in un Centro nazionale.

1. Preventivo delle spese sanitarie rilasciato dal presidio sanitario prescelto per le cure;
2. Eventuale precedente lettera di autorizzazione;
3. Copia fotostatica dei documenti di identità in corso di validità.

(*) Per le autorizzazioni in ambito nazionale lo specialista proponente non necessariamente è lo stesso che opera nel Centro presso cui verrà effettuata la prestazione. Per le autorizzazioni all'estero la proposta non può mai provenire da un Centro estero.

DICHIARANO

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. 2019/679 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 loro dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e ai sensi di quanto previsto dal D.M. 11 aprile 2008 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

Luogo e data _____

(Firma per esteso di entrambi)

ASL SULCIS
Regione Sardegna

INFORMATIVA ALL'UTENZA

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Gentile Utente,

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice), che i dati personali da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge e per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività dell'Azienda, I dati stessi potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuata sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

La informiamo inoltre che i dati forniti non verranno da noi diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice:

- agli Operatori degli Uffici di questa ASL, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda;
- ai soggetti pubblici e privati che, per conto dell'ASL:
 - forniscano specifici servizi elaborativi;
 - svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Azienda;
 - svolgano attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
 - possano accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;

Si precisa che, per trattare i soli dati che hanno natura "sensibile", è necessario il Suo consenso scritto che verrà acquisito dagli Uffici preposti al momento della Sua richiesta di prestazione.

Sono da considerarsi "dati sensibili" i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste ed ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgsn.196/03, rivolgendosi al Responsabile del trattamento o all'incaricato del trattamento.

A.S.L. Carbonia Via Dalmazia, 83 – 09013 Carbonia

Il Responsabile del Trattamento

Dichiarazione di consenso dell'Utente al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

In relazione alla mia richiesta del relativa a
Io sottoscritto/a presa visione dell'informativa all'utenza, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano, inclusi quelli sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d), del D. Lgs. N. 196/2003, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa di cui sopra, anche ai fini della comunicazione degli stessi, nei limiti sopra indicati.

Data ----- Firma leggibile

Presto il Mio consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti di seguito indicati (nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dell'esito a soggetti diversi dall'interessato

Data.....