**Allegato 33**

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER CURE TRANSFRONTALIERE**

**(**Direttive 2011/24/UE e 2012/52/UE recepite con D.lgs 04.03.2014 n° 38 e Linee Guida del 21/12/2017)

Il/la sottoscritto/a........................................................................................……………...……..........

nato/a............................................... il................................cittadinanza……….……...….………….

residente a………………………… in via….......................................................................................

telefono ……………................... e-mail …………………………………………………………….. C. F…………………………………………….. iscritto negli elenchi dell’ASST ………………………

**CHIEDE**

**□ per sé**

**□ per conto di**:

cognome……................................................................. nome……............................................. nato/a....................................... il............................ cittadinanza……………………................... residente a……………………………..…….. in via...…………..……………………………………..

C. F………………………………………… iscritto negli elenchi dell’ASST …………………………

In qualità di ……………………………………………………………………………………………….

(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

**l’autorizzazione preventiva - nell’ambito delle CURE TRASNFRONTALIERE - per :**

 □ **RICOVERO ORDINARIO**

 □ **RICOVERO DIURNO**

 □ **PRESTAZIONE AMBULATORIALE**

per il seguente periodo………………………………...…………………………………………………..

Indicazione diagnostica o terapeutica ………………………………………………………………..

Prestazione sanitaria ……………………………………………………………………………………….

Prestatore di assistenza sanitaria che eroga la prestazione (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo indirizzo)…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

Caso particolarmente urgente:

 □ NO □SI (motivare) …………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………..

Si allegano:

 □Prescrizione del medico su ricettario SSN

oppure

 □Prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE (che contenga gli elementi essenziali per l’identificazione del paziente; l’identificazione del proscrittore con qualifica professionale, dati di contatto diretto, indicazione dello Stato membro in cui esercita la professione, firma originale leggibile e data di emissione; indicazione della prestazione sanitaria)

 □Documentazione clinica in originale

 □Eventuale documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta di documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare, etc….)

Data: ………………….

 Firma dell’assistito (o di chi ne fa le veci)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER IL CITTADINO / ASSISTITO:**

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all’Informativa (reperibile sul sito [www.ast-milano.it](http://www.ast-milano.it)), fornita dall’ATS Città metropolitana di  Milano ai sensi dell’art. 13 del Dlgs. 196/2003 e dell’art. 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i dati “sensibili” come definiti all’art.4 lett. d) del citato Dlgs 196/2003, vale a dire “i dati personali idonei a rivelare 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 rivelare lo stato di salute e la vita sessuale” e richiamati dall’art. 9 del REG. UE 679/2016

□ **AUTORIZZA** □ **NON AUTORIZZA**

**L’ATS Città Metropolitana  di Milano al trattamento dei propri dati personali in ambito sanitario a fini di prevenzione, diagnosi e cura, nonché a fini amministrativi, contabili e fiscali così come indicato nell’informativa.**

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Informazioni per l’utente:***

La risposta a questa richiesta deve essere evasa entro 30 giorni dalla presentazione del modulo. Se il caso viene classificato come urgente, la tempistica per ricevere una risposta scende a 15 giorni