 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>PIATTAFORME AMMINISTRATIVE</p>	<p>DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DI P.M.A. FUORI REGIONE</p>	<p>Rev. 00 del 09/06/2023</p> <p>MRDOC01_1 Pagina 1 di 4</p>
---	--	---

All'Azienda U.S.L. della Romagna:

Spazio riservato all'ufficio

- Al Direttore Salute, Donna, Infanzia e Adolescenza ambito _____

e p.c. All'U.O. Piattaforma Amministrativa
ambito _____

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DI P.M.A. FUORI REGIONE

I sottoscritti

Sig.ra _____

nata a _____ il _____

residente in _____

Codice fiscale _____

Sig. _____

nato a _____ il _____

residente in _____

Codice fiscale _____

CHIEDONO

L' autorizzazione a fruire dell'assistenza sanitaria diretta per le prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) eterologa femminile eterologa maschile omologa, presso Struttura inserita nel Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità e, precisamente:


Struttura Pubblica _____

Struttura privata accreditata della Regione

Fermo restando i requisiti per l'accesso alle tecniche vengono accertati dal medico del Centro autorizzato, che raccoglie altresì l'autocertificazione sui requisiti di coppia (stato di matrimonio, convivenza e quant'altro), come previsto dalle Linee Guida per le procedure e per le tecniche di procreazione assistita, Decreto 1° luglio 2015;

Informati che

- I criteri di accesso a carico del S.S.R., sono quelli previsti dalla Regione in cui è situato il Centro PMA dove verrà eseguita la prestazione.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>PIATTAFORME AMMINISTRATIVE</p>	<p>DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DI P.M.A. FUORI REGIONE</p>	<p>Rev. 00 del 09/06/2023</p> <p>MRDOC01_1 Pagina 2 di 4</p>
--	--	---

- L' esecuzione della prestazione deve avvenire presso struttura pubblica o privata accreditata con il S.S.N., inserita nel Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità.

I costi delle prestazioni erogate da strutture non iscritte nel predetto Registro Nazionale non possono essere imputati al Fondo Sanitario Regionale (Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna, nr. 1487 dell'11 settembre 2014, di recepimento del documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 14/109/CR2/C7SAN del 4/09/2014, richiamati in Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna, nr. 916 del 18 giugno 2018,) con la precisazione che le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica per immagini e di laboratorio eseguite prima di accedere alle tecniche di PMA sono erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, fatto salvo l'eventuale pagamento della quota di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, come disposto dalla normativa vigente.

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi degli artt. 13 e s.s. del Regolamento europeo nr. 2016/679

Si informa che i dati personali e sensibili che Lei riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità istituzionali dell'Azienda e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e regolamentari in materia.

Titolare del trattamento è l'AUSL della Romagna con sede in Ravenna, Via De Gasperi nr. 8 nella persona del Direttore Generale.

Responsabile del trattamento è il dott /d.ssa _____,

Data

Firme

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevoli delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARANO

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti fornendo i dati richiesti scrivendo in stampatello; le

caselle non barrate equivalgono a mancata dichiarazione)

Sig.ra _____ di essere nata a _____


Prov. _____ il _____ / _____ / _____

di avere effettuato il seguente numero di cicli di trattamento PMA a carico del S.S.N.

eterologa femminile _____ eseguita/i presso _____

eterologa maschile _____ eseguita/i presso _____

omologa _____ eseguita/i presso _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>PIATTAFORME AMMINISTRATIVE</p>	<p>DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DI P.M.A. FUORI REGIONE</p>	<p>Rev. 00 del 09/06/2023</p> <p>MRDOC01_1 Pagina 3 di 4</p>
--	--	---

di non avere effettuato ad oggi cicli di trattamento PMA a carico del S.S.N.

DATA _____ FIRME LEGGIBILI E PER ESTESO _____

Documenti da allegare alla richiesta:

- Documento di identità in corso di validità
- Documentazione sanitaria del medico specialista attestante la patologia e la tipologia di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) da effettuare
- Documentazione riferita alla procedura prevista.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente della U.O. Piattaforma Amministrativa di ambito

Spazio riservato all'Amministrazione

Verifica dell'inserimento della Struttura nel Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità <https://w3.iss.it/site/RegistroPMA>.

- Presente
 Non presente

Verifica del possesso della residenza dell'assistita tramite l'anagrafica aziendale

- Residenza presente
 Residenza non presente

Verifica dell'età dell'assistita tramite l'anagrafica aziendale

Accesso in Centri PMA Regione Toscana:

- Eterologa femminile (fino al compimento 46° anno) età < 46 anni età ≥ 46 anni
- Eterologa maschile (fino al compimento 43° anno) età < 43 anni età ≥ 43 anni
- Omologa (fino al compimento 43° anno) età < 43 anni età ≥ 43 anni

Accesso in Centri PMA Regione Friuli Venezia Giulia

- Omologa ed eterologa_ (fino al compimento 43° anno) età < 43 anni età ≥ 43 anni

Accesso in Centri PMA Regione _____



(indicare requisiti d'accesso verificati) _____

Verifica presenza dichiarazione numero cicli pregressi effettuati

Indicati cicli nr. _____

Note _____

Verifica spese riferite alla richiedente ed imputate a fecondazione assistita nell'ambito dei flussi di mobilità interregionale e infraregionale. *(verifica a campione dell'atto sostitutivo di notorietà)*

Note: _____

L' Ufficio preposto _____ U.O. Piattaforma Amministrativa _____

Valutazione della documentazione da parte del Dipartimento Salute, Donna, Infanzia e Adolescenza di ambito:

Parere favorevole

Parere non favorevole

Motivazione _____

_____, li _____

Dipartimento Salute, Donna,
Infanzia, Adolescenza di ambito

Il Direttore
