



Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria

della Regione _____

Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA IN CENTRO PMA PUBBLICO O PRIVATO CONVENZIONATO DEL FRIULI VENEZIA GIULIA CON ONERI A CARICO DELLA REGIONE DI RESIDENZA**La sottoscritta**Cognome.....Nome.....nata a.....
il.....residente nel Comune di.....in via.....
Codice Fiscale.....recapito telefonico.....
e**il sottoscritto**Cognome.....Nome.....nato a.....
il.....residente nel Comune di.....in via.....
Codice Fiscale.....recapito telefonico.....**chiedono l'autorizzazione**a fruire dell'assistenza sanitaria diretta/indiretta per le prestazioni di Procreazione medicalmente Assistita (PMA), presso la struttura pubblica/ privata convenzionata della regione Friuli Venezia Giulia (*specificare*):
_____ in conformità a quanto
previsto dalla normativa regionale del FVG (DGR 1693/2012; DGR 1666/2014; DGR 61/2015).

A tal fine

Allegano la seguente documentazione

1. Certificazione del medico specialista dal Centro _____
della Regione Friuli Venezia Giulia, attestante:
 - requisiti di coppia per accedere a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita ai sensi della normativa vigente in materia (L.40 del 19/02/2014 e successivi Decreti Attuativi)
 - procedura prevista e costi preventivati
 - piano di trattamento previsto per il caso in esame con la descrizione della tipologia delle singole prestazioni (terapia farmacologica e chirurgica)
 - data di inizio prevista del ciclo di trattamento
 - regime di erogazione previsto (ambulatoriale)
2. Autocertificazione attestante il numero di cicli di PMA omologa o eterologa già effettuati presso centri pubblici o privati convenzionati a carico del Sistema sanitario nazionale.

La coppia dichiara di esser in stato di matrimonio convivenza e di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legge 40/2004 , modificata dalla sentenza della Corte Costituzionale n° 151/2009 e n° 162/2014.

Luogo-Data.....

Firma per esteso.....

Firma per esteso.....

I sottoscritti..... ai sensi del combinato disposto dell'art. 13,20 e 76 del D.lgs 196/2003, informati del fatto che i propri dati personali ed in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario verranno utilizzati dall'Azienda, titolare del trattamento, esclusivamente per rilasciare la presente autorizzazione e per il successivo pagamento, consapevoli di essere titolari dei diritti di cui all'art.7 del D. lgs 196/2003,

esprimono il proprio consenso

al trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie.

Luogo-Data.....

Firma per esteso.....

Firma per esteso.....

Nel rispetto del DGR n°61 di gennaio 2015 è necessario acquisire, da parte del Centro PMA, la preventiva autorizzazione dell'azienda sanitaria di appartenenza della coppia, informata sui costi dell'intera procedura. Successivamente sarà inviata alla ASL di residenza, la fattura per il riconoscimento economico delle prestazioni. Le tariffe che devono essere rimborsate dall'Azienda Sanitaria di residenza sono quelle previste dal tariffario della regione Friuli Venezia Giulia e non quelle della Regione di residenza. Nel caso l'autorizzazione faccia riferimento alle tariffe della Regione di residenza, la stessa potrà non essere ritenuta valida e l'intero importo a tariffe FVG verrà addebitato all'utente.

Spazio riservato all'Azienda di residenza (timbro)

Vista la richiesta di autorizzazione, accertato che la struttura prescelta risulta iscritta al registro delle strutture autorizzate ex art. 11 della Legge 40/2004, vista la documentazione allegata, visto il preventivo di spesa

SI AUTORIZZA

il ricorso alla struttura succitata per ogni valutazione ed eventuale intervento di PMA omologa/eterologa, alle condizioni di cui alla Legge 40/2004 e successive modificazioni

Luogo e data ,.....

Il Responsabile
(firma e timbro)