REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
As FO
Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE (MOD. 1)

Rev. 2020

DOMANDA di autorizzazione al trasferimento all'estero per cure presso un Centro di alta specializzazione

Per **rilascio modello S2** per **UE, SEE e Svizzera** (Reg. CE n. 883/2004 art.20), modelli analoghi per Paesi in convenzione bilaterale o per assistenza indiretta ai sensi del Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 3 novembre 1989 in altri Paesi.

Il/la sottoscritt__ _____

nat__ a _____il _____ Cod.Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

residente a _____ Via _____n. _____

CAP_____ Tel. _____e-mail _____

C H I E D E

☐ **per sé stesso**
☐ **per il Sig/Sig.ra** _____

nat__ a _____il _____ Cod.Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Residente a _____via_____n. _____

☐ giusta delega ☐ genitore del minore ☐ tutore/curatore

(in caso di delega (allegare delega, copia documenti identità delegato e delegante), in caso di tutore/curatore (allegare copia documento tribunale)

l'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER CURE nello Stato _____

presso la struttura sanitaria: _____

_____

per essere sottopost___a _____

come da CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA (allegata) redatta da _____

da effettuarsi con: ☐ volo di linea ☐ volo speciale ☐ auto privata ☐ ambulanza ☐ nave ☐ treno
☐ treno con servizio speciale ☐ eliambulanza ☐ aereo barellato

Allega altresì la seguente documentazione sanitaria: _____

_____

Dichiara *inoltre di aver ottenuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del* ***Codice della Privacy*** *e conseguentemente* ***esprime il consenso*** *al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e per le finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica (artt. 13, 76, 81 D.Lgs 30/6/2003 n. 196)*

Data …….. **Firma (leggibile) ……**

Attenzione: Una volta finita la cura, al rientro in Italia, è necessario presentare alla competente Azienda Sanitaria una **RELAZIONE DI FINE CURA**, redatta dal medico inviante, attestante gli esiti, il trattamento eseguito ed il miglioramento conseguito., per la conclusione dell'iter procedurale *(Ai sensi della Nota Regionale prot. N. 1268 del 18/1/2013)*