

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

---

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ASSISTENZA SANITARIA  
TRANSFRONTALIERA**

**D.lgs n. 38 del 4.3.2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE**

Il/La  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail  
\_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

☐ **Per sé**

☐ **in qualità di**

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

Per conto di \_\_\_\_\_

(Cognome) (Nome)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 del D.lgs n. 38 del 4.3.2014 e della Direttiva Assessoriale sull'autorizzazione preventiva,

di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per la seguente prestazione:

☐ **RICOVERO ORDINARIO**

☐ **RICOVERO DIURNO**

☐ **PRESTAZIONE AMBULATORIALE**

- Tipologia di prestazione richiesta: \_\_\_\_\_
- Codice o descrizione della prestazione (se noto): \_\_\_\_\_
- Data prevista della prestazione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### MOTIVAZIONE CLINICA

- Diagnosi o quadro clinico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Medico/Struttura che ha redatto la documentazione clinica in Italia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ **Allego documentazione clinica comprovante la necessità della prestazione**

#### DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Relazione clinica del medico specialista dalla quale si evince la prestazione oggetto della richiesta di rimborso;
- ☐ Preventivo di spesa della struttura estera;
- ☐ Copia documento di identità;
- ☐ Copia tessera sanitaria;

#### DICHIARAZIONI DELL'ASSISTITO

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000),

##### DICHIARA

- che quanto indicato nella presente domanda corrisponde al vero;
- di essere residente in Sicilia e iscritto/a al SSR;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per finalità istruttorie.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito/a: \_\_\_\_\_

---

#### Spazio riservato all'ASP

- Data ricezione domanda: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- N. protocollo: \_\_\_\_\_
- Note istruttorie:

Data: \_\_\_\_\_