



DISTRETTO _____

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLE PRESTAZIONI DI PMA PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE NEL VENETO O IN ALTRE REGIONI ITALIANE (di cui alla DGR n. 822 del 14 giugno 2011)**La sottoscritta,**cognome _____ nome _____ nata a: _____ il: _____ residente a:
_____ prov. _____ in via: _____ Aulss di residenza _____
n. tessera sanitaria _____ cod. fiscale: _____ recapito tel. _____**Il sottoscritto,**cognome _____ nome _____ nata a: _____ il: _____ residente a:
_____ prov. _____ in via: _____ Aulss di residenza _____
n. tessera sanitaria _____ cod. fiscale: _____ recapito tel. _____**CHIEDONO**

di accedere alle prestazioni di PMA ai sensi e secondo le previsioni della DGR n. 822 del 14.06.2011, presso la seguente struttura:

DICHIARANO

(consapevoli di quanto previsto dall'art.76 del DPR N.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci)

- Di non essere contemporaneamente sottoposti a cicli di PMA presso altre strutture, pubbliche o private accreditate, del Veneto o di altre regioni Italiane con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- di aver effettuato n. cicli di trattamento per la PMA di 1° livello;
- di aver effettuato n. cicli di trattamento per la PMA di 2° livello.

ALLEGANO

- Certificazione dello specialista della Struttura pubblica o privata accreditata di PMA dove intendono effettuare le prestazioni attestante la presenza dei seguenti requisiti:
 1. requisiti medico-sanitari della coppia ai sensi della normativa vigente in materia (L. 40 del 19.02.2004 e successivi Decreti Attuativi);
 2. piano di trattamento previsto per il caso in esame con la descrizione della tipologia delle singole prestazioni (terapia farmacologica e chirurgica) e del numero di cicli di trattamento previsti;
 3. data di inizio prevista del ciclo di trattamento: _____ ;
 4. regime di erogazione previsto, ambulatoriale , ricovero ordinario o diurno e in tal caso indicazione delle condizioni cliniche della paziente che richiedono il trattamento in regime di ricovero.
- Documenti di riconoscimento in corso di validità.

data _____ firma _____ firma _____

Vista la domanda e la documentazione allegata accertato che la struttura prescelta risulta iscritta al registro delle strutture autorizzate ex. Art. 11 della Legge 40/2004, considerato che in base alle dichiarazioni dell'interessata/o e alla documentazione prodotta sussistono i requisiti previsti dal DGR n. 822/2011 e s.m.i. .

SI AUTORIZZA

Secondo quanto previsto dalla Regione Veneto con DGR 822 del 14.06.2011 e s.m.i. , secondo quanto stabilito dal vigente nomenclatore tariffario regionale, fermo restando che l'Azienda Aulss 9 Scaligera potrà richiedere, in sede di compensazione e/o fatturazione a seconda che le prestazioni eseguite siano ricomprese o meno nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche, ogni chiarimento e ogni necessaria documentazione per verificare la sussistenza delle condizioni richieste per il riconoscimento economico ai sensi della DGR n. 822/2011 e che non potranno essere riconosciuti trattamenti e prestazioni al di fuori delle suddette previsioni in regime :

 AMBULATORIALE RICOVERO

Data _____

Il Dirigente Medico del Distretto _____