

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....in data.....
codice fiscalecodice assistito.....
residente in via..... n°
n° telefono n° cellulare.....
indirizzo e-mail

CHIEDE

- per se stesso
 in qualità di

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

Per conto di:

Cognome e nome.....
nato/a a..... in data.....
codice fiscale codice assistito
residente in via..... n°

Ai sensi dell'art. 10 del D.lgs n. 38 del 4.3.2014 e del Regolamento sull'autorizzazione preventiva, di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per la seguente prestazione:

- RICOVERO ORDINARIO
 RICOVERO DIURNO
 PRESTAZIONE AMBULATORIALE

Indicazione diagnostica o terapeutica

.....
.....

Prestazione sanitaria

.....
.....

Prestatore di assistenza sanitaria che eroga la prestazione (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo indirizzo):

.....
.....
Caso particolarmente urgente:

NO SI (motivare).....

Si allegano:

Prescrizione del medico su ricettario del SSN

oppure

Prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE (che contenga gli elementi essenziali per l'identificazione del paziente; l'identificazione del prescrittore con qualifica professionale, dati di contatto diretto, indicazione dello Stato membro in cui esercita la professione, firma originale leggibile e data di emissione; indicazione della prestazione sanitaria)

Documentazione clinica in originale

Eventuale documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta di documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare etc.)

**INFORMATIVA PRIVACY
AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE**

Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it ;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy*;
- Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la **società LTA S.r.l.** (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

Data

Firma

***INFORMAZIONI PER L'UTENTE:**

La risposta a questa richiesta deve essere evasa entro 30 giorni dalla presentazione del modulo. Se il caso viene classificato come urgente, la tempistica per ricevere una risposta scende a 15 giorni