



Al Direttore f.f. Distretto

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per l'erogazione di prestazioni per la Procreazione Medicalmente Assistita in Centro di PMA pubblico o privato accreditato presso altra Regione o Provincia Autonoma

I sottoscritti ai sensi degli art. 47 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 dichiarano quanto segue:

cognome _____ nome _____

nata a _____ provincia _____ Stato Estero _____ il ____ / ____ / ____

residente nel Comune di _____ in Via/Piazza _____ n° _____ cap _____

Municipio _____ codice fiscale _____ cell _____

mail: _____ Iscritta al SSR si ☐ no ☐

stabilmente conviventi/coniugati dal _____ in Via/Piazza: _____

e

cognome _____ nome _____

nato a _____ provincia _____ Stato Estero _____ il ____ / ____ / ____

residente nel Comune di _____ in Via/Piazza _____ n° _____ cap _____

Municipio _____ codice fiscale _____ cell _____

mail: _____ Iscritto al SSR si ☐ no ☐

stabilmente conviventi/coniugati dal _____ in Via/Piazza- _____

PRESO ATTO DEI CONTENUTI E DISPOSITIVI DI CUI AL DCA REGIONE LAZIO N. U00029 DEL 04/02/2016
E IN POSSESSO DI TUTTI I REQUISITI EX LEGGE 40 DEL 19/02/2014

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

ad effettuare secondo i criteri, le modalità tariffarie e relativa compartecipazione alla spesa di cui all'allegato A e B del
DCA n. U00029/20016 della Regione Lazio presso la struttura
(PMA) _____ della Regione _____

pubblica ☐ privata accreditata/convenzionata ☐ (allegare dichiarazione della struttura indicante il relativo
provvedimento di accreditamento/convenzione)

la seguente prestazione di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):

- Fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina ☐
- Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro ☐
- Fecondazione eterologa con ovociti da donatrice ☐
- PMA Omologa I Livello (Monitoraggio Ovulazione + IUI) ☐
- PMA Omologa II Livello (Monitoraggio Ovulazione FIVET/ICSI/TESE) ☐
- PMA Omologa III Livello (Monitoraggio Ovulazione FIVET/ICSI/TESE) ☐

Al fine dell'accettazione della domanda consegnano la seguente documentazione:

1. Certificato del medico specialista in Ostetricia e Ginecologia o in Endocrinologia con competenze Andrologiche o in Urologia con competenze Andrologiche o in Genetica medica del centro prescelto dalla coppia o di altro medico specialista di struttura pubblica/accreditata/convenzionata, firmato datato e timbrato dallo stesso, (timbro e firma leggibili) attestante i requisiti previsti dalla Legge n. 40/2004;
2. Certificato delle tecniche di PMA previste dal centro prescelto, rilasciato a nome della coppia, indicante il preventivo di spesa e nel caso di PMA Omologa indicante il livello (ovvero I°, II° o III° livello);
3. Autocertificazione attestante il numero dei cicli di PMA omologa ed eterologa già effettuati presso centri pubblici o privati convenzionati o accreditati, con costi a carico del S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale) dopo la pubblicazione del DCA Regione Lazio n. U00029 del 04/02/2016;
4. Consenso Privacy;
5. preventivo di spesa rilasciato dal Centro PMA prescelto
6. copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale di entrambi gli assistiti
7. per i cittadini extra-comunitari copia del permesso di soggiorno (sostituisce il documento di riconoscimento)

data _____ Firma per esteso _____

data _____ Firma per esteso _____

Compilare in tutte le parti

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000)**

La sottoscritta

CognomeNome

nata ail

residente nel Comune diin Via

codice fiscale.....recapito telefonico.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

I. di aver usufruito di n°..... cicli di PMA presso strutture pubbliche o centr privati convenzionati/accreditati con costi a carico del S.S.N. in data successiva al D.C.A. della Regione Lazio U00029 del 04/02/2016, presso il Centro PMA denominato:

.....in data.....

.....in data.....

Luogo e data

Firma dell'assistita.....



(Allegato 7)

CONSENSO PRIVACY

(Il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato al trattamento che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione)

Il/La Signore/a

(stampatello)

Cognome

Nome

DICHIARA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI E AUTORIZZA L'AZIENDA USL ROMA 3.

1) al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta

2) ad informare i visitatori (familiari, parenti, conoscenti, ecc.) sul reparto in cui è ricoverato

SI ☐NO ☐

3) a rilasciare, per il tramite del personale medico, informazioni sul suo stato di salute solo alle specifiche persone di seguito indicate

SI ☐NO ☐

Se SI, specificare a chi:

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

4)

(altro)

SI ☐NO ☐

Data _____

Firma _____

(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente)

Nel caso di utente minorenne firma l'esercente la potestà genitoriale. Nel caso di urgenza firma un familiare, un convivente o un responsabile/accompagnatore della struttura in cui dimora l'utente previa compilazione della dichiarazione sul retro della presente.



(Allegato 7)

CONSENSO PRIVACY

(Il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato al trattamento che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione)

Il/La Signore/a _____

(stampatello)

Cognome

Nome

DICHIARA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI E AUTORIZZA L'AZIENDA USL ROMA 3

1) al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta

2) ad informare i visitatori (familiari, parenti, conoscenti, ecc.) sul reparto in cui è ricoverato

SI ☐NO ☐

3) a rilasciare, per il tramite del personale medico, informazioni sul suo stato di salute solo alle specifiche persone di seguito indicate

SI ☐NO ☐

Se SI, specificare a chi:

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

4) _____ (altro)

SI ☐NO ☐

Data _____

Firma _____

(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente)

Nel caso di utente minorenne firma l'esercente la potestà genitoriale. Nel caso di urgenza firma un familiare, un convivente o un responsabile/accompagnatore della struttura in cui dimora l'utente previa compilazione della dichiarazione sul retro della presente.



(Allegato 7)

RISERVATO AL PERSONALE - IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO DI INFORMAZIONI A TERZI (PUNTI "2" o "3")
E/O AD ESSERE CONTATTATI (PUNTO "4") inserire con urgenza l'informazione nel sistema 

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____, residente in _____, con
documento identificativo _____ N° _____ rilasciato
da _____ in data _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara in relazione a _____

_____ utente dei servizi sanitari dell'Azienda USL Roma 3:

- ☐ di esercitare la potestà genitoriale sul minore sopra indicato
- ☐ di essere suo legale rappresentante o tutore (es.: interdetto)
- ☐ di essere suo prossimo congiunto, familiare, parente o convivente:

(specificare)

- ☐ di essere responsabile o accompagnatore a ciò delegato della struttura presso la quale dimora.

Data _____ Firma del dichiarante _____



(Allegato 7)

RISERVATO AL PERSONALE - IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO DI INFORMAZIONI A TERZI (PUNTI "2" o "3")
E/O AD ESSERE CONTATTATI (PUNTO "4") inserire con urgenza l'informazione nel sistema 

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____, residente in _____, con
documento identificativo _____ N° _____ rilasciato
da _____ in data _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara in relazione a _____

_____ utente dei servizi sanitari dell'Azienda USL Roma 3:

- ☐ di esercitare la potestà genitoriale sul minore sopra indicato
- ☐ di essere suo legale rappresentante o tutore (es.: interdetto)
- ☐ di essere suo prossimo congiunto, familiare, parente o convivente:

(specificare)

- ☐ di essere responsabile o accompagnatore a ciò delegato della struttura presso la quale dimora.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Gentile Signore/a,

l'Azienda Usl Roma 3 pone particolare attenzione alla tutela della dignità e riservatezza degli utenti dei servizi sanitari, adottando ogni misura necessaria alla protezione dei loro dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy.

La invitiamo quindi, quale utente dei nostri servizi, a leggere con attenzione le informazioni che potrà trovare di seguito circa le modalità di gestione dei Suoi dati, anche di carattere sanitario, da parte della nostra Azienda.

Tali informazioni sono disponibili anche presso le sedi, i presidi ospedalieri e sanitari della nostra Azienda, nonché sul nostro sito internet: www.aslromad.it.

Il Direttore Generale

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI DELL'AZIENDA USL ROMA 3

Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)

La presente informativa è resa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "Regolamento"), dall'Azienda USL Roma 3 (di seguito anche "Azienda"), con sede legale in Via di Casal Bernocchi 73, 00125 Roma, in qualità di Titolare del trattamento.

Le illustreremo di seguito le categorie di dati personali che saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda, le finalità e le modalità del trattamento, i diritti che, nella sua qualità di interessato, può esercitare nei confronti dell'Azienda con riferimento ai suoi dati personali.

La presente informativa è resa, nel rispetto della disciplina applicabile, con riferimento alle prestazioni sanitarie erogate da tutti i reparti, le unità e le articolazioni territoriali dell'Azienda.

Per l'erogazione di ulteriori servizi che dovesse richiederci, diversi dai servizi di assistenza sanitaria, nonché per l'accesso al nostro sistema informativo, l'Azienda Le fornirà una informativa specifica.

1. Categorie di dati personali

L'Azienda tratterà i suoi dati personali raccolti per offrirle l'assistenza e/o i servizi sanitari richiesti (di seguito i "Dati"). In particolare, saranno oggetto di trattamento i dati forniti, al momento della richiesta di assistenza, da Lei, da un suo congiunto, o comunque da un soggetto terzo nel caso in cui Lei sia impossibilitato a fornirceli, nonché gli ulteriori dati che l'Azienda potrà acquisire nel corso della prestazione dell'assistenza o dei servizi sanitari.

A titolo esemplificativo, il Titolare potrà acquisire le seguenti tipologie di dati personali:

i) dati anagrafici e di contatto (nome e cognome, luogo e data di nascita, indirizzo di residenza, numero di telefono, e-mail);

- ii) dati appartenenti a categorie particolari, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento 2016/679, e precisamente dati relativi al suo stato di salute (es. dati relativi a diagnosi, patologie, condizioni fisiche/psicologiche, invalidità civile) e/o dati genetici; qualora necessario ai fini dell'assistenza sanitaria potranno essere trattati anche dati relativi allo stato di salute di suoi familiari;
- iii) se utili per fornire l'assistenza opportuna e/o per beneficiare di eventuali esenzioni o agevolazioni, informazioni in merito alle sue condizioni economiche e/o in merito a suoi eventuali familiari e/o congiunti.

Il conferimento dei dati sopra indicati è necessario per fornirle l'assistenza o i servizi sanitari richiesti.

I Dati saranno trattati dall'Azienda esclusivamente per le finalità e nei limiti indicati al paragrafo successivo.

2. Finalità e base giuridica del trattamento

La raccolta ed il trattamento dei Dati da parte dell'Azienda sono finalizzati all'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché all'espletamento dei compiti attribuiti dal Servizio Sanitario Nazionale ed agli adempimenti di carattere amministrativo, contabile e di controllo preordinati alla predetta erogazione, con particolare riguardo alle attività di:

- prevenzione delle malattie, diagnosi, cura e riabilitazione in regime ambulatoriale, sia in sede distrettuale che ospedaliera;
- ricovero ordinario, in Day hospital, in regime residenziale o semiresidenziale;
- prestazioni in urgenza a tutela della salute e dell'incolumità fisica;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; attività o servizi socio assistenziali su delega degli enti locali;
- attività medico-legale e certificatoria;
- ricerca e sperimentazione, nonché elaborazione statistica, epidemiologica e sociologica;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- svolgimento di altre attività sanitarie e riabilitative diverse dalle precedenti comunque connesse alla salute degli utenti;
- gestione operativa e amministrativa dei servizi forniti;
- adempimenti amministrativo-contabili connessi alla gestione delle attività istituzionali;
- prevenzione collettiva e di sanità pubblica, anche a supporto delle autorità sanitarie, qualora ricorrano le condizioni previste dalla legislazione vigente;
- diagnostica strumentale e di laboratorio;
- difesa dei propri diritti.

Il trattamento dei Dati avverrà, in relazione alla finalità perseguita, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c), e) ed f), nonché, con riferimento ai dati appartenenti alle particolari categorie di cui al paragrafo 1, punto ii) della presente informativa, ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. f), h), i), g) del Regolamento.

3. Modalità e soggetti autorizzati al trattamento

Il trattamento dei Dati sarà effettuato manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo) e/o attraverso strumenti informatici e telematici, con le modalità necessarie al perseguimento delle finalità sopra indicate ed allo svolgimento delle attività o delle prestazioni richieste.

I Dati potranno essere conosciuti, nel rispetto del segreto professionale e degli obblighi posti a tutela della Sua riservatezza, solo dal personale incaricato o addetto delle strutture sanitarie preposte alla erogazione dei servizi sanitari ed ai connessi adempimenti di carattere amministrativo ed operativo

nonché da strutture e soggetti esterni tenuti agli stessi obblighi di riservatezza che, in qualità di responsabili del trattamento, collaborano con la nostra Azienda per l'esecuzione di compiti operativi, tecnici ed organizzativi connessi ai servizi sanitari forniti agli utenti.

4. Comunicazione dei dati all'interessato e a terzi

Le informazioni sanitarie a Lei riferite non saranno oggetto di diffusione e, potranno essere comunicate, previa sua autorizzazione, solo ai soggetti (familiari, amici, conoscenti) da Lei indicati, solo previo suo specifico consenso.

La informiamo inoltre che l'Azienda adotterà tutte le misure eventualmente indicate dall'Autorità Garante ai sensi dell'art.2-septies, comma 4, lett.c) in merito alle modalità di comunicazione delle informazioni relative allo stato di salute.

Alcuni suoi Dati potranno essere comunicati, quando ciò risulti necessario in relazione all'erogazione della prestazione o del servizio richiesto, allo svolgimento dei compiti sanitari od istituzionali attribuiti all'Azienda e all'adempimento di obblighi di legge, a: medici convenzionati; strutture accreditate; altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere; enti pubblici e/o privati che forniscono la copertura assicurativa delle prestazioni erogate; medici di medicina generale; farmacie convenzionate; associazioni o centri di ricerca scientifica e di sperimentazione; Ministero della Salute e altri Ministeri; Regioni ed enti collegati; Comuni, INAIL, eventuali Autorità pubbliche e giudiziarie.

L'Azienda potrà, inoltre, comunicare alcuni suoi Dati a soggetti terzi che offrono alla Società servizi amministrativi e logistici e a consulenti esterni. Tali società tratteranno i suoi Dati in qualità di Responsabili del trattamento.

5. Trasferimento dei dati fuori dall'Unione europea

Per specifiche esigenze connesse alla tutela della Sua salute o su Sua richiesta i Dati potranno essere eventualmente oggetto di trasferimento anche verso Paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo. In tal caso l'Azienda opererà il trasferimento dei dati nel rispetto della normativa applicabile, quindi o sulla base del suo consenso o sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione e/o di ogni altro strumento consentito dalla normativa di riferimento.

6. Periodo di conservazione

La informiamo che i Dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario a fornire l'assistenza e i servizi sanitari richiesti nonché per il perseguimento delle finalità indicate al paragrafo 2. Inoltre, come previsto ai sensi della normativa vigente, le cartelle cliniche a Lei riferibili, unitamente ai relativi referti, saranno conservate senza limiti di tempo, come richiesto dalla disciplina vigente.

Diritti dell'utente interessato

La informiamo che, in conformità alla vigente disciplina, ha i seguenti diritti:

- chiedere e ottenere informazioni in merito all'esistenza di suoi dati personali presso l'Azienda e in merito ai trattamenti di dati personali posti in essere dall'Azienda, nonché ottenere l'accesso agli stessi;
- chiedere ed ottenere la portabilità dei dati, vale a dire la ricezione in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico dei suoi dati personali che siano trattati con mezzi automatizzati; potrà richiedere, inoltre, il trasferimento dei dati ad altro titolare del trattamento;
- chiedere e ottenere la modifica e/o correzione dei suoi dati personali;



- chiedere e ottenere la cancellazione – e/o la limitazione del trattamento dei suoi dati personali qualora si tratti di dati o informazioni non necessari – o non più necessari – per le finalità che precedono, quindi decorso il periodo di conservazione indicato al paragrafo che precede.

La informiamo che il diritto alla portabilità dei dati si riferisce ai trattamenti di dati effettuati sulla base del suo consenso o in esecuzione di un contratto con l'Azienda, mentre non si estende ai trattamenti di dati svolti dall'Azienda per il perseguimento di interesse pubblico o in adempimento di un obbligo di legge; inoltre, precisiamo che il diritto alla cancellazione non può esercitarsi con riferimento ai dati che, per obbligo di legge, sono soggetti a conservazione illimitata da parte dell'Azienda.

Tali richieste potranno essere indirizzate all'Azienda, compilando l'apposito modulo disponibile presso l'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** o scaricabile anche dal nostro sito www.aslromad.it ed inviandolo all'indirizzo e-mail privacy@aslroma3.it.

Le ricordiamo che può proporre un reclamo relativo al trattamento dei suoi dati personali al Garante per la protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento dei dati degli utenti

Titolare del trattamento dei Suoi dati è l'**Azienda USL Roma 3** con sede in Via di Casal Bernocchi 73, 00125 Roma.

Per ogni ulteriore informazione e richiesta potrà comunque rivolgersi all'**Ufficio Relazioni con il Pubblico**, con sede in _____ (n. verde 800018972, email: urp@aslroma3.it, fax: _____, tel.: _____), presso il quale potrà anche richiedere di consultare la lista aggiornata dei responsabili del trattamento.

Responsabile per la protezione dei dati personali

L'Azienda ha provveduto a nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali contattabile all'indirizzo gerardo.corea@aslroma3.it.

Autocertificazione attestante il numero di cicli effettuati
Ai sensi del D.P.R. 445/2000

I sottoscritti:

CognomeNome

nata ail

residente nel Comune diin Via

codice fiscale.....recapito telefonico.....

E

CognomeNome

nata ail

residente nel Comune diin Via

codice fiscale.....recapito telefonico.....

DICHIARANO

1. di essersi sottoposti a n°..... cicli precedenti di fecondazione in vitro omologhi/eterologhi effettuati presso Strutture Pubbliche/Centri privati accreditati con costi a carico del S.S.N. antecedenti al D.C.A. della Regione Lazio U00029 del 04/12/2016;
2. di non aver mai effettuato le prestazioni attinenti alle disposizioni di cui alla medesima legge (cicli), con costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
3. di essersi sottoposti a n.....cicli precedenti di fecondazione medicalmente assistita, effettuati presso centri pubblici o accreditati autorizzata e contrattualizzata con costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in data successiva al D.C.A. della Regione Lazio U00029 del 04/02/2016.

Luogo e data

Firma dell'assistita.....

Firma dell'assistito.....