



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 5**CONSENSO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE**

(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 ASL ROMA 3

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

SI NO

2) 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:

(stampatella)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

3) (altro) _____

SI NO

Data _____

Firma _____

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

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

**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 _____
e residente a _____ (_____), via/piazza/Largo _____
identificato con documento _____
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 _____