

Al Direttore Generale ASL Teramo
Coordinamento Assistenza Sanitaria Terr.le
Via Circ.ne Ragusa, 1
64100 Teramo

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per l'erogazione di prestazioni di PMA in Centro Pubblico o Privato Accreditato Extraregionale, con oneri a carico della Regione Abruzzo.

I sottoscritti, coniugi/conviventi:

1. Cognome e Nome, nata a (Prov.), il, residente nel comune di, (Prov.), via, codice fiscale, recapito telefonico, partner/moglie
2. Cognome e Nome, nato a (Prov.), il, residente nel comune di, (Prov.), via, codice fiscale, recapito telefonico,

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

A fruire dell'assistenza specialistica sanitaria, diretta alle sottoindicate prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) - ai sensi della Deliberazione di Giunta n. 659 del 28.08.18, recepita con Deliberazione ASL Teramo n. 1430 del 20.09.2018 -, presso la struttura pubblica o privata, accreditata ai sensi della L. n. 40 del 19.02.2018, della Regione, e precisamente (*denominazione struttura*)

.....

A tal fine, si allega la seguente documentazione:

1. **Certificazione** del medico specialista del Centro della Regione attestante:
 - Requisiti di coppia per accedere a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita, ai sensi della normativa vigente in materia (L. 40 del 19/02/2014 e successivi decreti attuativi);
 - Codice prestazione, tariffazione applicata e procedura prevista, dal nomenclatore della Regione, adotta con DGR n. del
2. **Autocertificazione** attestante il numero dei cicli di PMA omologa ed eterologa già effettuati presso centri pubblici o privati accreditati e convenzionati, a carico del SSN.

I sottoscritti dichiarano di essere in stato di matrimonio/convivenza e di essere a conoscenza di quanto previsto dalla L. 40/2004, modificata dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 e n. 162/2014.

Luogo e data

Firma leggibile

I sottoscritti

ai sensi del combinato disposto dell'art. 13, 20 e 76 del D.Lgs 196/2003, informati del fatto che i propri dati personali ed in particolare quelli sensibili a carattere sanitario verranno utilizzati dall'Azienda, titolare del trattamento, esclusivamente per rilasciare la presente autorizzazione e per il successivo pagamento, consapevoli di essere titolari del diritto di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/2003,

esprimono il proprio consenso

al trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie ed istruttorie di autorizzazione e pagamento.

Luogo e data

Firma leggibile

I sottoscritti dichiarano il seguente domicilio per le eventuali comunicazioni:

COGNOME E NOME _____

VIA _____

CAP _____ CITTA' _____