

**Modello E**

Sede di \_\_\_\_\_

Distretto di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: RICHIESTA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN FORMA DIRETTA / INDIRETTA PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO (D.M. 3.11.1989 E CIRCOLARE N. 33 DEL 12.12.1989 IN G.U. 10.1.90 N.17)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Tessera n. \_\_\_\_\_

CHIEDE l'autorizzazione

per se C.F. \_\_\_\_\_

per i familiari \_\_\_\_\_  
indicare cognome nome e grado di parentela  
C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a recarsi presso il Centro estero \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ come da relazione di medico specialista

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**RELAZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA (di struttura pubblica o accreditata)**

Cognome e nome dell'assistito \_\_\_\_\_

Diagnosi e relazione sulle condizioni attuali

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Richiesta di cure presso Centri di Altissima Specializzazione all'estero (specificare e contrassegnare sul modulo allegato la patologia per la quale si richiede il trasferimento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivazione della richiesta:

1. Prestazioni non ottenibili temporaneamente in Italia (indicare le strutture sanitarie interpellate pubbliche o convenzionate con il SSN - almeno due - ed i tempi di attesa dichiarati dalle stesse)

Struttura sanitaria \_\_\_\_\_ tempi \_\_\_\_\_  
Struttura sanitaria \_\_\_\_\_ tempi \_\_\_\_\_

2. Prestazioni non ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso in Italia (motivi)

\_\_\_\_\_

Precedenti cure in Italia, terapie eseguite e loro esito:

\_\_\_\_\_

Precedenti cure all'estero:

\_\_\_\_\_

Necessità di accompagnatore e motivazione:

\_\_\_\_\_

Trasporto da effettuare con

- Volò di linea       Volò speciale       Treno  
 Treno con servizio speciale       Auto privata       Ambulanza

Motivazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ IL MEDICO SPECIALISTA \_\_\_\_\_  
timbro e firma

Elenco della documentazione che si allega:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto consente, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 alla comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_