



**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
 Provincia Autonoma di Trento

**Servizio Amministrazione Territoriale**

- Ufficio Alta specializzazione -  
Viale Verona – 38123 Trento

**DIRETTIVA EUROPEA 2011/24/UE SULL'ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA  
(AUTORIZZAZIONE-VERIFICA)**

**Si prega di compilare la domanda in tutte le parti in maniera chiara e leggibile.**

Il/La sottoscritto/a _____  <b>DICHIARA, sotto la sua personale responsabilità:</b> di essere nato/a a _____ il ____/____/_____ di essere residente a _____ via _____ n. _____ tel. _____ codice fiscale _____ e-mail _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**CHIEDE**

- per sé  
 per il minore sottoindicato (in qualità di esercente la potestà genitoriale)
  per la persona sotto indicata (in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il ____/____/_____ residente a _____ via _____ n. _____ tel. _____ codice fiscale _____ iscritto/a regolarmente al Servizio Sanitario Provinciale e in possesso della Tessera Sanitaria n. <b>8038000</b> _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- verifica della necessità di autorizzazione preventiva;**  
 **l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile.**

In relazione al parziale rimborso delle prestazioni sanitarie di cui si forniscono le seguenti indicazioni:

▪ **PER RICOVERO ORDINARIO E DH:**

Ricovero presunto DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

IN STRUTTURA ESTERA DENONIMATA \_\_\_\_\_

codici diagnosi ICD-IX CM	
PRINCIPALE	COMPLEMENTARE – (MASSIMO 5)
Oppure descrizione della diagnosi principale e complementare (massimo 5)	
_____	
_____	
_____	
_____	

codici interventi/procedure ICD-IX CM	
PRINCIPALE	INTERVENTI/PROCEDURE – (MASSIMO 5)
Oppure descrizione della diagnosi principale e complementare (massimo 5)	
_____	
_____	
_____	
_____	

▪ **PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI:**

Prestazione da effettuarsi presuntivamente il \_\_\_\_\_

IN UNA STRUTTURA ESTERA DENOMINATA \_\_\_\_\_

INDICAZIONE DIAGNOSTICO TERAPEUTICA \_\_\_\_\_

**codici prestazioni**

--	--	--	--	--	--

**Oppure descrizione prestazione/i ambulatoriale/i**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CASO PARTICOLARE URGENTE**  SI  NO

(da documentare sull'impegnativa rossa da parte del medico prescrittore)

Si allegano i seguenti documenti (obbligatori ai fini dell'accettazione della domanda) :

**PRESCRIZIONE MEDICA SU RICETTA ROSSA**

~~~~~

**Informativa ai sensi del DPR 445/00**

Si rende noto che la suddetta istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000. Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000).

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (d.p.c.m. 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta provinciale) in materia di livelli essenziali e aggiuntivi di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal Regolamento provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere inoltre comunicati ad altri soggetti pubblici.
4. L'APSS, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i Registri anagrafici comunali.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal Manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: [www.apss.tn.it/direttive-aziendali](http://www.apss.tn.it/direttive-aziendali).
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) con sede in via Degasperì n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'Ufficio rapporti con il pubblico (URP) sito a Palazzo Stella in Via Degasperì, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 [urp@apss.tn.it](mailto:urp@apss.tn.it)
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperì, 79 – 38123 Trento, e-mail [ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it)
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

**Con la firma apposta in calce alla presente dichiarazione si attesta di aver preso visione l'Informativa relativa al trattamento dei dati personali (articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679).**

**FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

---

*(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)*

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.