

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLE PRESTAZIONI DI PMA PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE NEL VENETO O IN ALTRE REGIONI ITALIANE (di cui alla DGR n. 822 del 14 giugno 2011)

La sottoscritta,

COGNOME _____ NOME _____

NATA A: _____ PROVINCIA _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____ PROVINCIA _____

INDIRIZZO: _____ AULSS DI RESIDENZA _____

N TESSERA SANITARIA _____ COD. FISCALE: _____

CHIEDE

di accedere alle prestazioni di PMA ai sensi e secondo le previsioni della DGR n.822 del14.06.2011

DICHIARA

(consapevole di quanto previsto dall'art.n.76 del DPR N.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci)

- Di non essere contemporaneamente sottoposta a cicli di PMA presso altre strutture Pubbliche o Private Accreditate, del Veneto o di altre regioni Italiane con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale
- Età del padre _____

ALLEGA

- Certificazione dello specialista della Struttura pubblica o privata accreditata di PMA dove intende effettuare le prestazioni attestante la presenza dei seguenti requisiti:
 1. requisiti medico-sanitari per accedere a tali tecniche ai sensi della Normativa vigente in materia (L. 40 del 19.02.2004 e successivi Decreti Attuativi)
 2. piano di trattamento previsto per il caso in esame con la descrizione della tipologia delle singole prestazioni (terapia farmacologica e chirurgica) e del numero di cicli di trattamento previsti
 3. data di inizio prevista del ciclo di trattamento: _____
 4. regime di erogazione previsto, ambulatoriale , ricovero ordinario o diurno e in tal caso indicazione delle condizioni cliniche della paziente che richiedono il trattamento in regime di ricovero

data

firma

AUTORIZZAZIONE ALLE PRESTAZIONI DI PMA PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE NEL VENETO O IN ALTRE REGIONI ITALIANE (di cui alla DGR n. 822 del 14 giugno 2011)

Vista l'allegata domanda, esaminata la relativa documentazione e verificati i requisiti previsti dalla DGR n.822 14/06/2011 in ordine a:

1. requisiti medico-sanitari per accedere a tali tecniche ai sensi della Normativa vigente in materia (L. 40 del 19.02.2004 e successivi Decreti Attuativi)
2. requisiti di età della coppia (donna <= 50 uomo <= 65)
età donna età uomo
3. n .cicli di trattamento di I° livello
4. n. cicli di trattamento di II° livello
5. Appropriatezza regime di erogazione

SI AUTORIZZA

La richiedente:

COGNOME _____ NOME _____

NATA A: _____ PROVINCIA _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____ PROVINCIA _____

INDIRIZZO: _____ AULSS DI RESIDENZA _____

N TESSERA SANITARIA _____ COD. FISCALE: _____

Ad effettuare le prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita nei termini e ai sensi della DGR della Regione Veneto n. 822 del 14 giugno 2011 e secondo quanto stabilito dal nomenclatore tariffario approvato con DGR n. 859 del 21 giugno 2011 per quanto attiene alle procedure di PMA autorizzabili con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale di Cui al paragrafo 69 dell'Allegato A della citata DGR. Fermo restando che l'Azienda potrà in sede di compensazione delle prestazioni eseguite richiedere ogni chiarimento e ogni necessaria documentazione per verificare la sussistenza delle condizioni richieste per il riconoscimento economico ai sensi della DGR n. 822 e che non potranno essere riconosciuti trattamenti e prestazioni al di fuori delle suddette previsioni.

data

timbro e firma dello specialista
