

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

Servizio Amministrazione Territoriale

- Ufficio Alta specializzazione -

Viale Verona – 38123 Trento

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA CONVENZIONATA - MODELLO S2 (PAESI UE/SEE/CH)* - E AL RIMBORSO SPESE VIAGGIO/SOGGIORNO AI SENSI DELLA LP 33/88

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

DATI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____

D I C H I A R A

di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente nel comune di _____

prov. (____) in via _____ CAP _____

n° telefono _____ e-mail _____

di possedere il codice fiscale _____

☐ **di essere regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale** (*requisito necessario*)

C H I E D E

DATI ASSISTITO

☐ per sé

☐ per il minore sottoindicato
(in qualità di esercente la responsabilità genitoriale)

☐ per la persona sotto indicata
(in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ residente nel comune di _____

prov. (____) in via _____ CAP _____

n° telefono _____ codice fiscale _____

regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

* Paesi appartenenti all'Unione europea (UE): Austria (AT) - Belgio (BE) - Bulgaria (BG) - Cipro (CY) - Repubblica ceca (CZ) - Danimarca (DK) - Estonia (EE) - Finlandia (FI) - Francia (FR) - Germania (DE) - Grecia (GR) - Croazia (HR) - Ungheria (HU) - Irlanda (IE) - Italia (IT) - Lettonia (LV) - Lituania (LT) - Lussemburgo (LU) - Malta (MT) - Paesi Bassi (NL) - Polonia (PL) - Portogallo (PT) - Romania (RO) - Slovacchia (SK) - Slovenia (SI) - Spagna (ES) - Svezia (SE). Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo (SEE): Islanda (IS) - Liechtenstein (LI) - Norvegia (NO). Svizzera (CH)

- ai sensi di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1484 dd. 28/06/2002 e ss.mm. **L'AUTORIZZAZIONE PER ACCEDERE ALLA STRUTTURA SANITARIA ESTERA:**

.....
(indicare nome e luogo del presidio sanitario)

e contestualmente il rilascio del modello S2, ai sensi del **Reg. (CE) 29.04.2004 n. 883/2004-Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale** – e del **Reg. (CE) 16.09.2009 n. 987/2009- Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.**

per la fruizione di prestazioni sanitarie in regime:

- ☐ di ricovero ospedaliero
- ☐ di ricovero in day hospital
- ☐ ambulatoriale
- ☐ altro

previste per
presumibile durata delle prestazioni e periodo di riferimento

- ai sensi di quanto disposto dalla **L.P. 05/09/1988 n. 33, L'AUTORIZZAZIONE** al:

rimborso delle spese di viaggio e soggiorno: ☐ per assistito
☐ per un accompagnatore

sostenute con il seguente mezzo di trasporto:.....

A supporto di tale istanza allega la seguente documentazione sanitaria:

- certificato rilasciato dal dott. _____ specialista nella patologia da cui è affetto/a il/la paziente, operante in struttura sanitaria pubblica o convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale, redatto in data _____
- altro: _____

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).

INFORMATIVA ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

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.
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 Degasperi 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 Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 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 Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail 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 dell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali (articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679).

Trento, _____

Firma _____

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.

Certificato medico da allegare alla domanda

Io sottoscritto/a, dott./dott.ssa _____, in qualità di **medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente, operante in struttura sanitaria pubblica o convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale**, dichiaro di aver in cura il/la Signor/a _____, nato/a _____, il _____, affetto/a da _____.

Per la cura di questa patologia dichiaro che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di sottoporsi a:

(precisare nel dettaglio la natura delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche e l'eventuale necessità di assistenza)

e che le medesime saranno poste in essere dai sanitari di _____

(precisare la struttura sanitaria estera o non convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale).

Dichiaro, inoltre, sotto la mia personale responsabilità, che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a ed in linea con gli standards di buona pratica clinica e che la struttura sanitaria da me espressamente indicata è idonea alla presa in carico dello/a stesso/a.

In fede.

Data _____

Timbro e firma _____
 leggibile

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA CONVENZIONATA - MODELLO S2 (PAESI UE/SEE/CH) - E AL RIMBORSO SPESE VIAGGIO/SOGGIORNO AI SENSI DELLA LP 33/88

Riferimenti normativi:

Reg. (CE) 29.04.2004 n. 883/2004 e Reg. (CE) 16.09.2009 n. 987/2009
 Deliberazioni della Giunta Provinciale n. 1484 del 2002; n. 546 del 2011 e n. 2192 del 2012
 Legge Provinciale 33/88 - Deliberazione della Giunta Provinciale n. 960 del 2006

Beneficiari:

Soggetti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale. Per il rimborso delle spese ai sensi della L.P. 33/88 è richiesta la residenza in Provincia di Trento.

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

L'assistenza sanitaria all'estero, preventivamente autorizzata, è consentita, in via di eccezione, solo per le prestazioni di altissima specializzazione che non siano ottenibili tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico, presso le strutture pubbliche o private convenzionate italiane.

Per ottenere l'autorizzazione al rilascio del modello S2 per i **trasferimenti per cure in forma diretta nell'ambito dei Paesi dell'Unione europea, SEE e Svizzera**, l'assistito - o chi lo rappresenta giuridicamente - deve **PREVENTIVAMENTE** presentare domanda all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, in relazione alle prestazioni sanitarie programmate.

È prevista altresì la possibilità di chiedere, ai sensi della Legge Provinciale 33/88, la contestuale autorizzazione al rimborso delle relative spese di viaggio e soggiorno.

È **NECESSARIO** che l'interessato verifichi direttamente con la struttura estera se, accedendo alle prestazioni con il modello S2, sono previste ulteriori spese a suo carico e ne accerti natura ed entità.

A tale scopo **si invita l'utente a prendere visione** dell'INFORMATIVA SULL'UTILIZZO DEL MODELLO S2 disponibile sul sito APSS. La stessa comprende lo SCHEMA STANDARDIZZATO PER LA RICHIESTA DI INFORMAZIONI RELATIVE AGLI ASPETTI ECONOMICI E LOGISTICI DELLE CURE PROGRAMMATE (S2). Quest'ultimo è disponibile sul sito APSS tradotto in varie lingue, ed utile a reperire informazioni presso la struttura estera, pubblica o privata convenzionata, presso la quale sono programmate le prestazioni sanitarie.

La stessa illustra inoltre i requisiti e le modalità per richiedere l'eventuale rimborso delle spese di ammontare superiore ad Euro 200,00 addebitate direttamente al cittadino e relative a prestazioni programmate e autorizzate con modello S2 (Prestazione 29).

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO MODELLO S2

L'assistito, o chi lo rappresenta giuridicamente, deve presentare all'Ufficio Alta Specializzazione:

- domanda su modulo predisposto;
- certificato compilato e sottoscritto dal medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente, operante in struttura sanitaria pubblica o convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale (PAGINA 4 DEL MODULO DI DOMANDA) che indichi: diagnosi e/o breve storia clinica, le prestazioni sanitarie di cui il/la paziente ha necessità, la presumibile durata dei trattamenti proposti, l'eventuale necessità di assistenza, il nome e la sede del centro di cura proposto;
- eventuale ULTERIORE DOCUMENTAZIONE (clinica o di altra natura), se finalizzata a fornire notizie utili alla valutazione (storia pregressa, continuità terapeutica, ecc.);
- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, qualora il modulo non sia firmato in presenza del funzionario addetto.

La domanda può essere presentata all'Ufficio Alta Specializzazione anche mezzo mail o FAX. È necessario far seguire l'originale della certificazione dello specialista.

ITER PROCEDIMENTALE - COMUNICAZIONE ESITO – CONSEGNA MODELLO S2

VALUTAZIONE IN COMMISSIONE MEDICA: il rilascio del modello S2 e l'autorizzazione al rimborso delle spese di viaggio/soggiorno sono subordinati alla valutazione del Centro provinciale di Riferimento per gli Interventi di Alta Specializzazione, con notifica all'interessato dell'esito dell'istanza.

In caso di esito positivo saranno comunicate le modalità per il ritiro del modello S2 nonché della presentazione della richiesta di rimborso spese viaggio/soggiorno.



UFFICIO COMPETENTE :

Servizio Amministrazione Territoriale - Ufficio Alta Specializzazione

Centro per i Servizi Sanitari * Viale Verona - Corpo B – 38123 Trento

Tel. 0461 902267 – 0461 902797 – 0461 902364 - Fax 0461-902287

E-mail: ufficio.altaspecializzazione@apss.tn.it

L'accesso allo sportello è consentito solo previo appuntamento.