

MODELLO D3 - DIRETTIVA 2011/24/UE

DOMANDA DI PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE CURE TRASFRONTALIERE
DIRETTIVA 2011/24/UE

Al Distretto Socio Sanitario n. ____
U.L.S.S. N. 20 - VERONA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel. n. _____

Cittadinanza _____

CHIEDE ai sensi della Direttiva 2011/24/UE

per sé Codice Fiscale _____ Tessera San. _____

per il familiare _____
(cognome e nome; data di nascita; relazione di parentela)

Codice Fiscale _____ Tessera San. _____

se la sottospecificata prestazione sanitaria da fruire in _____ sia soggetta ad autorizzazione preventiva (Paese dell'Unione Europea)¹

e/o

la preventiva autorizzazione ad effettuare la sottospecificata prestazione sanitaria in _____ (Paese dell'Unione Europea)¹

A tal fine precisa quanto segue:

indicazione diagnostica o terapeutica: _____

prestazione sanitaria di cui intende usufruire all'estero: _____

struttura sanitaria estera presso cui intende recarsi _____

Città estera _____ Stato _____

nel periodo dal _____ al _____

La presente domanda riveste carattere di particolare urgenza per le seguenti motivazioni (motivare adeguatamente)

Allega alla presente: - prescrizione S.S.N.
 altra documentazione sanitaria _____

Data _____ Firma _____

¹ Paesi Unione Europea: Austria, Belgio, Cipro, Croazia dall'1.7.2013, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria.