



**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE, A CARICO DEL SSR, DI  
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE  
ASSISTITA (PMA) ETEROLOGA EX DGR N. 4/39 DEL 22.01.2019**

**Al Direttore di Distretto Socio Sanitario di**

\_\_\_\_\_  
Email: servizio.extraregione@aslmediocampidano.it

**La sottoscritta**

Cognome ..... Nome ..... nata il ..... a  
..... prov. .... residente nel comune di ..... CAP  
..... in via .....

Codice fiscale .....

tel. .... e-mail .....

**Il sottoscritto**

Cognome ..... Nome ..... nata il ..... a  
..... prov. .... residente nel comune di ..... CAP  
..... in via .....

Codice fiscale .....

tel. .... e-mail .....

**PRESO ATTO**

- che per poter accedere alla PMA Eterologa a carico del SSR la DGR n. 4/39 del 22.01.2019, ai sensi della Legge n. 40 del 2004 e della sentenza della Corte Costituzionale n. 162 del 9 aprile del 2014, individua i seguenti requisiti di accesso:
  - residenza in Sardegna da almeno due anni;
  - stato di matrimonio/convivenza;
  - **compimento per la donna di non oltre il 46° anno di età;**
  - numero cicli di trattamento di PMA eterologa complessivamente non superiore a 3;



- che sarà riconosciuto alla Struttura che eroga la prestazione sanitaria il rimborso degli oneri nella misura massima di cui alla tariffa unica convenzionale individuata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 25 settembre 2014 al netto dell'eventuale quota di compartecipazione della spesa;
- che l'eventuale differenza tra la tariffa unica convenzionale di cui al punto precedente e quella prevista dalla Struttura erogante sarà a totale carico del paziente;
- che il regime di erogazione previsto è esclusivamente ambulatoriale.

### CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

per poter accedere alle prestazioni PMA Eterologa presso la seguente:

- Struttura Pubblica ..... della Regione .....
- Struttura privata accreditata ..... della Regione .....
- Struttura estera .....

### DICHIARANO

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

- di essere residenti in Sardegna da almeno due anni;
- di essere coniugati o conviventi;
- di non essere contemporaneamente sottoposti a cicli di PMA eterologa presso altre strutture, pubbliche o private accreditate, della Regione Sardegna o di altre regioni italiane con oneri a carico del SSN;
- di avere effettuato n.....cicli di trattamento per la PMA eterologa presso altre strutture pubbliche o private convenzionate con oneri a carico del SSN;

### ALLEGANO

- Certificazione sanitaria predisposta dal medico specialista che svolge la propria attività presso un Centro di PMA regionale o nazionale attestante l'indicazione clinica a sottoporsi alla tecnica di PMA eterologa. Per le richieste all'estero è obbligatorio specificare anche la motivazione per cui la paziente non può effettuare la medesima prestazione in un Centro nazionale.



ASL Medio campidano  
Azienda socio sanitaria locale

Dipartimento di Integrazione  
Ospedale Territorio

- Preventivo delle spese sanitarie rilasciato dal presidio sanitario prescelto per le cure;
- Eventuale precedente lettera di autorizzazione;
- Copia fotostatica dei documenti di identità in corso di validità.

(\*) Per le autorizzazioni in ambito nazionale lo specialista proponente non necessariamente è lo stesso che opera nel Centro presso cui verrà effettuata la prestazione. Per le autorizzazioni all'estero la proposta non può mai provenire da un Centro estero.

### **DICHIARANO**

di essere stati informati della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 2019/679 sulla privacy e del D.lgs. 196 del 2003 e ss.mm.ii.) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti, per cui

### **ESPRIMONO IL CONSENSO**

al trattamento dei loro dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e ai sensi di quanto previsto dal D.M. 11 aprile 2008 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

Sanluri, .....

.....

.....

*(Firma per esteso di entrambi)*