

	PO AUTORIZZAZIONE, VERIFICA E RIMBORSO PMA IN ITALIA E ALL'ESTERO DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA TERME COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Codifica 000	Rev.01 del 22/08/2023
			Pag. 1 di 1

Allegato 9

Al Direttore
UOC DIR. AMM.VA TERRITORIALE
Ufficio Rapporti Internazionali
Via E. degli Scrovegni, 14
35131 PADOVA

Oggetto: **Richiesta di verifica autorizzazione per trasferimento cure all'estero – procreazione medicalmente assistita. Assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi del D.Lgs. 38/2014 in attuazione della Direttiva 2011/24/UE.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ indirizzo _____ n. di tessera sanitaria _____ C.F.: _____
--

CHIEDE

la verifica per l'autorizzazione

presso il Centro Estero di cura _____
denominazione
con sede in _____
nazione città

per il periodo dal _____ al _____ per la seguente prestazione

Età del partner anni _____ .

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

di aver effettuato finora n. cicli di trattamento di PMA di II° livello presso strutture pubbliche o accreditate, venete o italiane, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale in data successiva al 14/06/2011.

Allega alla presente richiesta la seguente documentazione:

Data _____

Firma _____