

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991**

PRATICA N. \_\_\_\_\_/2024 PROTOCOLLO N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (da compilare a cura dell'Ufficio preposto)

**Modalità di trasmissione:**

- **email:** [ricoveriextraregione@aslsassari.it](mailto:ricoveriextraregione@aslsassari.it);
- **pec:** [distretto.ss@pec.aslsassari.it](mailto:distretto.ss@pec.aslsassari.it)
- **consegna a mano presso l'Ufficio Sportello al Pubblico Ricoveri Extra Regione, Via Tempio n.5, Piano Terra - Sassari (Lun. 9.00/13.00 – Gio. 9.00/12.30 e 15.00/16.30)**

 1° Richiesta di Autorizzazione  Richiesta di continuità terapeutica

II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento rilasciato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga, la non veridicità del contenuto di tutte le dichiarazioni rese con la presente istanza, sotto la propria responsabilità,

**dichiara**

di essere nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, di essere residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, di essere domiciliato/a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_ con la presente,

**chiede** per sé stesso  in qualità di (specificare parentela) \_\_\_\_\_ per il proprio familiare:

**Assistito** \_\_\_\_\_ **Cod. Fisc.** \_\_\_\_\_,  
**nato/a** \_\_\_\_\_, **il** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_, **in Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_, **recapito telefonico** \_\_\_\_\_

**il rilascio dell'autorizzazione per la concessione di contributi regionali di solidarietà per prestazioni sanitarie, ai sensi della Legge Regionale n. 26 del 23.07.1991**

presso la struttura sanitaria ubicata in territorio  Nazionale  Estero

Nome Struttura	
Luogo	
Periodo	

**Si allega alla presente:**

proposta sanitaria attestante la necessità della prestazione, predisposta da un medico specialista del servizio sanitario regionale (SSR) della branca interessata, in cui sia specificata, in maniera chiara la prestazione sanitaria, la diagnosi o il sospetto diagnostico, il quadro clinico, la struttura extraregione e qualunque altra informazione che possa essere utile per la valutazione del caso. Deve essere, inoltre certificato che la prestazione richiesta **NON** è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in Sardegna.

**Nota Bene: In caso di continuità terapeutica allegare ultima relazione sanitaria, con relativo appuntamento e prestazione sanitaria da effettuare.**

- copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'assistito in corso di validità;
- copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (se diverso dall'assistito):
- se l'assistito è minorenne, indicare la composizione dello stato di famiglia:

Grado di parentela	Nominativo	Luogo di nascita	Data di nascita

- se l'assistito è rappresentato da tutore o amministratore di sostegno nominato dal tribunale, allegare Decreto di nomina del giudice;

- se l'assistito è un familiare, allegare copia della delega;

copia del documento d'identità dei genitori o tutore/amministratore di sostegno se l'assistito è minorenne o diversamente abile;

ulteriore documentazione utile per il rilascio dell'autorizzazione, specificare quale:

---

---

---

Il/la sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura, vengano trasmesse esclusivamente con una delle seguenti modalità (*barrare l'opzione di scelta*):

presso la propria residenza, indicata nella presente istanza;

presso il proprio domicilio, indicato nella presente istanza;

al seguente indirizzo di posta elettronica personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica diversi da quello personale indicato*): \_\_\_\_\_;

al seguente indirizzo PEC personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica PEC diversi da quello personale indicato*): \_\_\_\_\_;

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì:

di essere a conoscenza che il rilascio della concessione dei benefici sopra indicati è soggetto alla verifica dei requisiti previsti dalla L.R. n. 26/1991 e ss.mm.ii;

di prestare il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi di quanto previsto dall'art.13 del Reg. UE 2016/679 (per brevità, GDPR), nonché del D.lgs. n.196/2003 come integrato e modificato dal D.lgs. n.101/2018.

**NOTA BENE: Non verranno accettate le richieste di autorizzazione per prestazioni sanitarie L.R. 26/1991 compilate in modo incompleto, illeggibile o poco chiaro e prive della documentazione necessaria e presentate con modulistica diversa o alterata/modificata da quella fornita direttamente dall'Ufficio Ricoveri Extraregione del Distretto di Sassari dell'Anglona, della Romangia e della Nurra Occidentale.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Firma Leggibile per esteso*

**MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI DELEGA PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER  
PRESTAZIONI SANITARIE LEGGE N°26/91**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Delega**

Il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

a presentare la richiesta di autorizzazione per la concessione di contributi regionali di solidarietà per prestazioni sanitarie, ai sensi della Legge Regionale n. 26 del 23.07.1991.

Si allega:

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma Leggibile per esteso*