

**ASSISTENZA SANITARIA TRASFRONTALIERA**  
(d.lgs. 4 marzo 2014, n. 38 - attuazione direttive 2011/24/UE e 2012/52/UE)

**Istanza di verifica  
dell'assoggettamento di prestazione sanitaria ad autorizzazione preventiva**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ ( )  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, recapito/i telefonico/i \_\_\_\_\_, e-  
mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per sé/per il proprio familiare \_\_\_\_\_ (relazione di parentela: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_, codice  
fiscale \_\_\_\_\_, di verificare, ai fini del riconoscimento del relativo rimborso nella  
misura prevista dalla normativa sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, se la prestazione (*descrivere la prestazione e  
specificare se ospedaliera/ambulatoriale/day hospital/day surgery...*)

da erogarsi nello Stato membro UE \_\_\_\_\_, città di  
\_\_\_\_\_, a cura del prestatore \_\_\_\_\_

deve essere sottoposta ad autorizzazione preventiva ai sensi dell'articolo 9, comma 2, d.lgs. 38/2014.

Nel caso la prestazione necessiti dell'autorizzazione preventiva, la presente è da intendersi quale istanza di rilascio della  
stessa, ai fini del riconoscimento di un rimborso nella misura prevista dalla legge.

Si comunicano, pertanto, le seguenti informazioni a integrazione di quanto sopra riportato:

- indicazione diagnostica o terapeutica e prestazione sanitaria: \_\_\_\_\_;
- data presunta di erogazione della prestazione sanitaria: \_\_\_\_\_;
- eventuali altre ulteriori specifiche necessarie ai fini dell'esame dell'istanza: \_\_\_\_\_

La prestazione richiesta:

- ha carattere di urgenza (*allegare relazione motivata del medico prescrittore*);
- non ha carattere di urgenza.

Si allega alla presente istanza apposita prescrizione dematerializzata del SSR e la certificazione  
medica/documentazione clinica utile ai fini della valutazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno  
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui alla presente istanza.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**N.B.:** L'incompleta compilazione della presente dichiarazione potrà essere causa di ritardi nella definizione del  
procedimento di cui trattasi.