

MODELLO D3 –DIRETTIVA 2011/24/UE

**DOMANDA DI PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE CURE TRANSFRONTALIERE
DIRETTIVA 2011/24/UE**

U.L.S.S. N. 9 SCALIGERA

ÿ Al Distretto n. ____

ÿ Ufficio Stranieri – Legnago (VR)

ÿ Ufficio Stranieri – Bardolino (VR)

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 presenta 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, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Romania, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria.