

# DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ADROTERAPIA IN STRUTTURA FUORI REGIONE TOSCANA

Al Direttore Zona Distretto

Al Direttore UOC Radioterapia Azienda USL Sud Est

Il sottoscritto/La sottoscritta

nato/nata il

a

Prov.

residente nel Comune di

CAP

in Via

n. tel.

C.F.

e-mail

## CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

per se stesso

per

nato/a il

iscritto/a al S.S.N. C.F.

in qualità di

a ricevere prestazioni di Adroterapia (protonterapia) presso la struttura

della Regione

Il sottoscritto/a, inoltre, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci,

## DICHIARA

Di essere stato/a informato/a delle vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., e pertanto

## ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie richieste

### Allega la seguente documentazione obbligatoria:

- documento di identità e tessera sanitaria del paziente e/o delegato (tutore/genitore);
- relazione del medico specialista di Radioterapia;
- relazione clinica completa di anamnesi oncologica;
- diagnosi completa di esame istologico;
- stadiazione ed esami strumentali (referti e su richiesta immagini degli esami diagnostici);
- relazione clinica del Centro proponente (Centro di Adroterapia o altro centro oncologico);
- preventivo di spesa della prestazione di protonterapia rilasciato dal centro proponente contenente indicazioni sulla modalità di imputazione dei relativi oneri (compensazione interregionale/fatturazione diretta).

Luogo e data

Firma per esteso del richiedente

## SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Vista la richiesta di autorizzazione e la documentazione prodotta

## SI AUTORIZZA

secondo quanto previsto dalla Regione Toscana con DGR 563/2015, con oneri a carico del SSR, l'intervento la cui copertura economica avverrà con la seguente modalità:

regime compensazione interregionale

fatturazione diretta, previo ordinativo elettronico di questa ASL

IL DIRETTORE UOC RADIOTERAPIA

IL DIRETTORE ZONA DISTRETTO