



**ALLEGATO B alla Dgr n. 430 del 07 aprile 2016**

pag. 1/2

“FAC SIMILE DI RICHIESTA DI INTERVENTO DI ASSISTENZA SANITARIA PER RAGIONI UMANITARIE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE - ANNO 2016”.

RACCOMANDATA A./R. o PEC

Spett.le Regione del Veneto  
Area Sanità e Sociale  
Settore Relazioni Socio-Sanitarie  
Palazzo Molin - San Polo, 2513  
30123 VENEZIA  
[Pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

Il/la sottoscritto/a....., nato/a a .....il....., nella sua qualità di legale rappresentante dell’Ente/Associazione ....., con sede a..... prov....., codice fiscale/partita IVA ....., telefono....., indirizzo email/PEC..... chiede l’intervento sanitario per ragioni umanitarie ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. ....del..... a favore del/la cittadino/a extra UE (nome e cognome, sesso) ....., nato/a a .....il....., residente a.....

Il/la sottoscritto/a dichiara che il/la cittadino/a extra UE è senza parenti di alcun ordine e grado residenti in Italia e che sono a carico del/la richiedente Ente/Associazione tutte le spese relative al trasporto in Italia, all’ospitalità e al rientro nel Paese di origine del/la cittadino/a extra UE, nonché l’espletamento delle formalità necessarie all’ottenimento del visto di ingresso in Italia del/la cittadino/a extra UE e di eventuale accompagnatore (se previsto).

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare alla Regione del Veneto, in caso di accoglimento della richiesta di intervento sanitario per ragioni umanitarie, entro 15 giorni dall’inizio dell’intervento sanitario, i dati relativi al ricovero del/la cittadino/a extra UE, e, a conclusione dello stesso, entro i successivi 15 giorni, gli esiti dell’intervento sanitario.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere a conoscenza della normativa che regola la fattispecie in oggetto e che all’esecuzione dell’intervento sanitario non ne consegue l’iscrizione, né obbligatoria né volontaria, del/la cittadino/a extra UE, al Servizio Sanitario Regionale.

Allega i seguenti documenti:

1. documentazione medica comprovante la necessità dell’intervento oggetto della richiesta
2. documentazione relativa al costo stimato dell’intervento sanitario richiesto (DRG) rilasciata da una Struttura Sanitaria del SSR del Veneto

3. documento “Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003” (All. C, DGR n. ..../2016) debitamente compilato e sottoscritto dal/la cittadino/a extra UE o, se minorenni, dal genitore esercente la potestà genitoriale o dal tutore legale;
4. fotocopia di un documento di riconoscimento valido del/la cittadino/a extra UE e dell’accompagnatore, se previsto.

Luogo e data .....

Firma del legale rappresentante  
e timbro dell’Ente/Associazione