



ALLEGATO B alla Dgr n. 914 del 10 giugno 2014

pag. 1/1

“FAC SIMILE DI RICHIESTA DI INTERVENTO DI ASSISTENZA SANITARIA PER RAGIONI UMANITARIE PRESSO LE AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE DEL VENETO (ULSS, AZIENDE OSPEDALIERE, AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE INTEGRATE, ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO) - ANNO 2014”.

RACCOMANDATA A.R. o PEC

Spett.le Regione del Veneto
Area Sanità e Sociale
Settore per le Relazioni Socio-Sanitarie
Palazzo Molin - San Polo, 2513
30123 VENEZIA
Pec: protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

Il/la sottoscritt....., nato/a ail....., nella sua qualità di legale rappresentante dell'Ente/Associazione, con sede a....., codice fiscale/partita IVA n....., chiede l'intervento sanitario per ragioni umanitarie ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale del Veneto n.del..... a favore del/la cittadino/a straniero/a (nome e cognome sesso), nato/a ail....., residente a.....

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la cittadino/a sopra indicato/a è senza parenti di alcun ordine e grado residenti in Italia e che saranno a carico dello/a scrivente Ente/Associazione tutte le spese relative al trasporto in Italia, all'ospitalità e al rientro nel Paese di origine del/la cittadino/a straniero/a sopra indicato/a, nonché l'espletamento delle formalità necessarie all'ottenimento del visto di ingresso in Italia del/la cittadino/a extraeuropeo/a e di eventuale accompagnatore (se previsto).

Dichiara 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, al Servizio Sanitario Regionale.

Si allegano i seguenti documenti:

- 1) documentazione medica comprovante la necessità dell'intervento oggetto della richiesta;
- 2) “Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003” (All. C, D.G.R. n./.....) debitamente compilato e sottoscritto dal/la cittadino/a straniero/a (paziente), se minorenne firma del genitore esercente la potestà genitoriale o tutore legale;
- 3) fotocopia di un documento di riconoscimento valido del/la cittadino/a straniero/a (paziente) e dell'accompagnatore, se previsto;
- 4) documentazione relativa al costo stimato dell'intervento sanitario richiesto (DRG) rilasciata da una Struttura Sanitaria del SSR del Veneto (FACOLTATIVA).

Data

Firma del legale rappresentante e timbro dell'Ente/Associazione