

Al Direttore del Distretto \_\_\_\_\_

e p.c. Al Direttore Sanitario ASL Roma 1

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) IN CENTRO DI PMA PUBBLICO O PRIVATO ACCREDITATO PRESSO ALTRA REGIONE O PROVINCIA AUTONOMA.**

La sottoscritta, Cognome ..... Nome.....  
nata a .....il .....  
residente nel Comune di .....in via..... n. ....  
Municipio..... Codice Fiscale.....  
Telefono.....

Iscritto al SSR SI  NO

Partner/moglie del sottoscritto

Cognome.....Nome.....  
nato a .....il .....  
residente nel Comune di .....in via..... n. ....  
Municipio ..... Codice Fiscale .....  
Telefono .....

Iscritto al SSR SI  NO

PRESO ATTO DEI CONTENUTI E DISPOSITIVI DI CUI AL DCA REGIONE LAZIO N. U00029 DEL 29/01/2016

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

ad effettuare secondo i criteri, le modalità tariffarie e relativa compartecipazione al ticket di cui all'Allegato A e B del DCA n. U00029/2016 della Regione Lazio presso la struttura \_\_\_\_\_

pubblica

privata accreditata/convenzionata

della Regione \_\_\_\_\_o Provincia Autonoma \_\_\_\_\_  
(allegare dichiarazione della struttura indicante il relativo provvedimento di accreditamento/convenzione)

le seguenti prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina | <input type="checkbox"/> |
| Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro                       | <input type="checkbox"/> |
| Fecondazione eterologa con ovociti da donatrice                            | <input type="checkbox"/> |
| PMA Omologa I Livello (Monitoraggio Ovulazione + IUI)                      | <input type="checkbox"/> |
| PMA Omologa II Livello (Monitoraggio Ovulazione FIVET/ICSI/TESE)           | <input type="checkbox"/> |
| PMA Omologa III Livello (Monitoraggio Ovulazione FIVET/ICSI/TESE)          | <input type="checkbox"/> |

A tal fine, allegano alla presente istanza la seguente documentazione:

1. Certificazione di medico specialista attestante: Requisiti di coppia per accedere a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita ai sensi della Normativa vigente in materia (L.40 del 19/02/2014 e successivi decreti attuativi)
2. Autocertificazione attestante il numero dei cicli di PMA omologa ed eterologa già effettuati presso centri pubblici o privati convenzionati a carico del Sistema Sanitario Nazionale.
3. Dichiarazione di essere in stato di matrimonio/convivenza e di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legge 40/2004, modificata dalla sentenza della Corte Costituzionale n° 151/2009 e n° 162/2014

Luogo e data .....

Firma per esteso .....

Luogo e data .....

Firma per esteso .....

*I sottoscritti, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13,20 e 76 del D.lgs 196/2003, informata del fatto che i propri dati personali ed in particolare quelli sensibili a carattere sanitario verranno utilizzati dall'Azienda, titolare del trattamento, esclusivamente per il procedimento riferito alla presente istanza consapevoli di essere titolare del diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, esprime il consenso al trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie.*

Luogo e data .....

Firma per esteso.....

Luogo e data .....

Firma per esteso .....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
( Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'Art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARO

- di avere usufruito di n..... cicli presso strutture pubbliche o private convenzionate del Servizio Sanitario Nazionale a far data dal 4 Febbraio 2016
- di non avere ancora compiuto alla data odierna 43 anni e quindi di non aver superato il limite di età per accedere al trattamento
- di essere informata che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.Lgs. 196/03, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che, al riguardo, competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 della medesima legge.

(Luogo e Data)\_\_\_\_\_

LA DICHIARANTE \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

*Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni contenute nella normativa nazionale di settore e nel DCA n. U00029/2016 per l'applicazione del quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo come da informativa.*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
( Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

e il Sig.re \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a (indicare solo se diversa) \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'Art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARIAMO

- DI ESSERE LEGALMENTE CONIUGATI
- DI ESSERE NON CONIUGATI MA STABILMENTE CONVIVENTI

Dichiariamo, inoltre, di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legge 40/2004, modificata dalla sentenza della Corte Costituzionale n° 151/2009 e n° 162/2014.

(Luogo e Data) \_\_\_\_\_

I dichiaranti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

*Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni contenute nella normativa nazionale di settore e nel DCA n. U00029/2016 per l'applicazione del quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo come da informativa.*