



DOMANDA PMA Prot. n. _____ del _____

ASL PESCARA
Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA
UOC AREA DISTRETTUALE METROPOLITANA
Cers Cepagatti /Città S. Angelo/Montesilvano/Spoltore
**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE, A CARICO DEL SSN,
DI PRESTAZIONI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)**

(come da DGR Abruzzo n. 659 del 28/08/2018 recepita con deliberazione D.G. ASL Pescara n. 1084/2018)

Alla c.a

Direttore dell'UOC Area Distrettuale Metropolitana
Dr.ssa Rita Mazzocca

La sottoscritta Cognome _____ Nome _____
nata il _____ a _____ Prov. _____
Residente nel Comune di _____ in via _____
CAP _____ tel. fisso _____ cell _____
email _____ codice fiscale _____
n. tessera sanitaria _____
ASL di Appartenenza _____

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
Residente nel Comune di _____ in via _____
CAP _____ tel _____ cell _____
email _____ codice fiscale _____
n. tessera sanitaria _____
ASL di Appartenenza _____

Consapevoli, che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 Testo Unico citato, si avrà decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;

In possesso dei requisiti soggettivi per l'accesso alle prestazioni di PMA ex art. 5, comma 1, della Legge 19 febbraio 2004, n. 40, ai sensi del quale possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi;

Preso atto che la DGR n° 659 del 28.08.2018 stabilisce:

- che l'età di accesso delle coppie per l'età femminile è fino al compimento di 46 anni;
- che la fecondazione in vitro (per omologa di secondo livello e per eterologa) possa avvenire fino a sei cicli mentre nessun limite viene previsto al numero dei cicli per le tecniche di primo livello;
- che alle coppie abruzzesi, che si recano fuori Regione, la Regione Abruzzo riconosce, quale quota di rimborso a proprio carico, previa autorizzazione della ASL di residenza nel rispetto dei LEA, l'importo al netto del ticket dovuto dal cittadino, al massimo sino al valore delle tariffe previste nel documento regionale di riferimento. **Nel caso in cui la tariffa della Regione, ove la prestazione viene erogata, sia superiore alla tariffa della Regione Abruzzo, la quota aggiuntiva sarà a carico delle/dei pazienti** (cfr. DGR Abruzzo n. 659 del 28/08/2018 + Documento Tecnico Allegato alla DGR Abruzzo n. 659/2018)

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

per poter accedere alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita presso la seguente struttura:

Struttura Pubblica _____ della Regione _____

OPPURE

Struttura Privata Autorizzata _____ della Regione _____

Data di inizio del ciclo di trattamento _____

Tipologia prestazioni (barrare le prestazioni da autorizzare)

Omologa di primo livello

Omologa di secondo

Omologa di terzo livello

Eterologa fecondazione in vitro con o senza inseminazione con ovociti a fresco

Eterologa fecondazione con ovociti congelati

Eterologa fecondazione con gameti maschili

Eterologa inseminazione intrauterina da donazione di gameti maschili

CRIOCONSERVAZIONE

I sottoscritti, consapevoli della responsabilità penali che discendono da dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARANO ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000

Per i coniugati:

- **di essere coppia legalmente coniugata per matrimonio** registrato presso il Comune di _____ in data _____
- e di essere coppia coniugata residente nel comune di _____ in via _____
- e di essere coppia coniugata con dimora comune e abituale presso il Comune di _____

OPPURE

Per la convivenza di fatto:

- **di essere coppia convivente** con dimora, comune e abituale, presso il Comune di _____ ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76.
- Inoltre di essere residenti e coabitanti al seguente indirizzo _____
- e pertanto di essere iscritti sul medesimo stato di famiglia dell'Ufficio Anagrafe del Comune di _____

(Ai sensi della normativa vigente sulla convivenza di fatto (Legge 20 maggio 2016, n. 76) che prevede espressamente ai commi 36 e 37 dell'art. 1 quanto segue:

_ comma 36. Ai fini delle disposizioni di cui ai commi da 37 a 67 si intendono per convivenza di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile
_ comma 37, Ferma restando la sussistenza dei presupposti di cui al comma 36, per l'accertamento della stabile convivenza si fa riferimento alla **dichiarazione anagrafica di cui all'articolo 4 e alla lettera B del comma 1 dell'articolo 13 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223.**)

DICHIARANO ALTRESI' producendo relativa autodichiarazione

- **di aver effettuato** finora n. _____ cicli di trattamento **per la PMA omologa di 2° e 3° livello** presso altre strutture pubbliche o private autorizzate con oneri a carico del SSN;
- **di aver effettuato** finora n. _____ cicli di trattamento **per la PMA eterologa** presso altre strutture pubbliche o private autorizzate con oneri a carico del SSN;

DICHIARANO ULTERIORMENTE

di non essere contemporaneamente sottoposti a cicli di PMA presso altre strutture pubbliche o private accreditate dell'Abruzzo o di altre Regioni italiane con oneri a carico del servizio sanitario nazionale.

ESPRIMONO IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e ai sensi di quanto previsto dal DM 11 aprile 2008 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita", dichiarando essere stati informati della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili sottoscrivendo il consenso al trattamento ai sensi del Reg 679/2016 e s.i.e.m.

ALLEGANO la seguente documentazione sanitaria obbligatoria:

- 1) **DIAGNOSI DI INFERTILITA'** rilasciata ai sensi della L. n. 40/2004;
- 2) **CERTIFICAZIONE** dello specialista della struttura Pubblica o Privata autorizzata presso la quale si intende effettuare la prestazione attestante la presenza dei seguenti requisiti:

- a) **requisiti medico - sanitari** per accedere a tali tecniche ai sensi della normativa vigente in materia (L. 40 del 19/02/2004 e successivi Decreti Attuativi);
- b) **piano di trattamento** previsto per il caso in esame con la descrizione della tipologia delle singole prestazioni (terapia farmacologica e chirurgica) e del numero di cicli di trattamento previsti;
- c) **data prevista per l' inizio del ciclo di trattamento** _____-;
- d) **regime di erogazione previsto:**
- ambulatoriale
 - ricovero ordinario o diurno con specificazione delle condizioni cliniche della paziente che richiedono il trattamento in regime di ricovero;
- e) **numero di cicli eventualmente già eseguiti per le prestazioni di PMA di II e III livello omologhe ed eterologhe**, erogate con oneri a carico del SSN, nei limiti di quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 e fatto salvo il pagamento delle quote di compartecipazione da parte dei cittadini, qualora non esenti. Eventuali cicli effettuati in precedenza, presso altre strutture pubbliche del SSN nonché eventuali cicli eseguiti in strutture private accreditate con oneri a carico del SSN, dovranno essere autocertificati dalla coppia e concorrono al raggiungimento del numero massimo dei cicli effettuabili.

3) PREVENTIVO DI SPESA RILASCIATO DA STRUTTURA PRESCELTA PER PMA CON SPECIFICAZIONE CHE LA STRUTTURA E' AUTORIZZATA DAL MINISTERO SALUTE PER PMA;

4) CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI;

5) COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO in corso di validità e **TESSERA SANITARIA** con codice fiscale dei richiedenti.

Ai sensi della L. 241/90 e s.i.m, il procedimento di rilascio dell'autorizzazione si concluderà entro massimo 30 gg dal ricevimento della documentazione conforme a quanto richiesto

Luogo e data _____

firma per esteso della coppia per accettazione

Sig.ra_(scrivere in stampatello) _____

firma _____

Sig.re_(scrivere in stampatello) _____

firma _____