



“FAC SIMILE DI RICHIESTA DI INTERVENTO DI ASSISTENZA SANITARIA PER RAGIONI UMANITARIE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE - ANNO 2018”.

Trasmissione mezzo PEC

Spett.le Regione del Veneto  
Area Sanità e Sociale  
Unità Organizzativa  
Commissione salute e 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.....cell. ...., 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. ..../2018) debitamente compilato e sottoscritto dal/la cittadino/a extra UE o, se minorenne, 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

