



Al Direttore f.f. Distretto .....

**Oggetto:** Richiesta di autorizzazione per l'erogazione di prestazioni per la Procreazione Medicalmente Assistita in Centro di PMA pubblico o privato accreditato presso altra Regione o Provincia Autonoma

**I sottoscritti ai sensi degli art. 47 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 dichiarano quanto segue:**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ Stato Estero \_\_\_\_\_ il / /

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_ Iscritta al SSR si  no

stabilmente conviventi/coniugati dal \_\_\_\_\_ in Via/Piazza: \_\_\_\_\_

e

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ Stato Estero \_\_\_\_\_ il / /

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_ Iscritto al SSR si  no

stabilmente conviventi/coniugati dal \_\_\_\_\_ in Via/Piazza- \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO DEI CONTENUTI E DISPOSITIVI DI CUI AL DCA REGIONE LAZIO N. U00029 DEL 04/02/2016  
E IN POSSESSO DI TUTTI I REQUISITI EX LEGGE 40 DEL 19/02/2014**

### CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

ad effettuare secondo i criteri, le modalità tariffarie e relativa compartecipazione alla spesa di cui all'allegato A e B del  
DCA n. U00029/20016 della Regione Lazio presso la struttura  
(PMA) \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

pubblica  privata accreditata/convenzionata  (allegare dichiarazione della struttura indicante il relativo provvedimento di accreditamento/convenzione)

la seguente prestazione di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):

- Fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina
- Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro
- Fecondazione eterologa con ovociti da donatrice
- PMA Omologa I Livello (Monitoraggio Ovulazione + IUI)
- PMA Omologa II Livello (Monitoraggio Ovulazione FIVET/ICSI/TESE)
- PMA Omologa III Livello (Monitoraggio Ovulazione FIVET/ICSI/TESE)

**Al fine dell'accettazione della domanda consegnano la seguente documentazione:**

1. Certificato del medico specialista in Ostetricia e Ginecologia o in Endocrinologia con competenze Andrologiche o in Urologia con competenze Andrologiche o in Genetica medica del centro prescelto dalla coppia o di altro medico specialista di struttura pubblica/accreditata/convenzionata, firmato datato e timbrato dallo stesso, (timbro e firma leggibili) attestante i requisiti previsti dalla Legge n. 40/2004;
2. Certificato delle tecniche di PMA previste dal centro prescelto, rilasciato a nome della coppia, indicante il preventivo di spesa e nel caso di PMA Omologa indicante il livello (ovvero I°, II° o III° livello);
3. Autocertificazione attestante il numero dei cicli di PMA omologa ed eterologa già effettuati presso centri pubblici o privati convenzionati o accreditati, con costi a carico del S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale) dopo la pubblicazione del DCA Regione Lazio n. U00029 del 04/02/2016;
4. Consenso Privacy;
5. preventivo di spesa rilasciato dal Centro PMA prescelto
6. copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale di entrambi gli assistiti
7. per i cittadini extra-comunitari copia del permesso di soggiorno (sostituisce il documento di riconoscimento)

data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

**Compilare in tutte le parti**