

**MODULO
RIMBORSO ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA
PER PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE
ASSISTITA
CURE PRIMARIE**

2026
Pag. 1 di 4

DATI RICHIEDENTI (coppia coniugata o convivente)		
Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Codice fiscale		
Residente in	Via/Piazza	n.
N.°tel. / cellulare	Indirizzo e-mail	
Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Codice fiscale		
Residente in	Via/Piazza	n.
N.°tel. / cellulare	Indirizzo e-mail	

Il rimborso delle spese di € _____ sostenute per prestazioni sanitarie sostenute per una prestazione di Procreazione Medicalmente Assistita - PMA

☐ OMOLOGA ☐ ETEROLOGA MASCHILE ☐ ETEROLOGA FEMMINILE ☐ ETEROLOGA DOPPIA DONAZIONE
(maschile e femminile)

[illegible]

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Brianza	MODULO RIMBORSO ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA PER PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA CURE PRIMARIE	2026 Pag. 2 di 4
--	---	---

Dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, che quanto riportato nella presente istanza corrisponde al vero ed è consapevole dei controlli previsti dall'art. 71 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci

Si allegano:

- ☐ Certificazione in originale del prestatore di assistenza (documento in originale rilasciato dalla clinica estera) che attesti almeno le seguenti informazioni:
 - ☐ numero e data di pick up eseguiti
 - ☐ numero e data di transfer eseguiti
 - ☐ tecnica di PMA utilizzata
 - ☐ eventuale ricorso al congelamento di gameti ed embrioni
- ☐ Fatture quietanzate in originale
- ☐ Traduzione e in lingua italiana - a carico dell'assistito - della documentazione sanitaria e di spesa, se richiesto
- ☐ Documento di identità in corso di validità di entrambi i richiedenti

I documenti sopra riportati possono essere anticipati via e-mail o PEC, e successivamente prodotti in originale dove precisato.

SE NON È STATA PRECEDENTEMENTE PRESENTATA ISTANZA DI VERIFICA O ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ALL'ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA PER PRESTAZIONI DI PMA È NECESSARIO COMPILARE LA PARTE CHE SEGUE:

I SOTTOSCRITTI	
Cognome e nome	Codice fiscale
Cognome e nome	Codice fiscale
DICHIARANO che la prestazione è avvenuta in regime di ☐ RICOVERO ORDINARIO ☐ RICOVERO DIURNO – DAY HOSPITAL/DAY SURGERY ☐ PRESTAZIONE AMBULATORIALE	
Indicazione diagnostica o terapeutica:	
DATI PRESTATORE DI ASSISTENZA SANITARIA CHE EROGA LA PRESTAZIONE	

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Brianza	MODULO RIMBORSO ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA PER PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA CURE PRIMARIE	2026 Pag. 3 di 4
--	---	---

Denominazione prestatore di assistenza sanitaria che eroga la prestazione:
Indirizzo completo:

ULTERIORI DICHIARAZIONI
di aver già effettuato <u>precedentemente</u> a quello di cui al presente rimborso n° _____ cicli* di trattamento P.M.A. di _____ livello presso strutture pubbliche o accreditate italiane o estere (<i>indicare anche se n° cicli è pari a zero/0</i>) avviati dopo il 01.01.2025 ☐ con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale ☐ senza oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale
che il trattamento di PMA effettuato, di cui alla presente domanda di rimborso, è di tipo _____ e di livello _____
☐ di essere legalmente coniugati per matrimonio registrato presso il Comune di: _____ prov _____ oppure ☐ di essere coppia convivente con dimora congiunta nel Comune di: _____ prov _____ via _____ civico _____
Dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, che quanto riportato nella presente istanza corrisponde al vero ed è consapevole dei controlli previsti dall'art. 71 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci

Si allegano i seguenti documenti aggiuntivi: ☐ Prescrizione del medico su ricettario del SSN in originale O in alternativa ☐ Prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE in originale (che contenga gli elementi essenziali per l'identificazione del paziente; l'identificazione del prescrittore con qualifica professionale, dati di contatto diretto, indicazione dello Stato membro in cui esercita la professione, firma originale leggibile e data di emissione; indicazione della prestazione sanitaria) ☐ Traduzione e in lingua italiana - a carico dell'assistito - della documentazione sanitaria, se richiesto <u>Si precisa che la prescrizione del medico su ricettario SSN oppure la prescrizione del medico o di altro professionista abilitato in altro Stato UE deve recare data antecedente l'avvio del percorso di PMA e è indispensabile: senza di essa il rimborso non può essere accettato.</u> I documenti sopra riportati possono essere anticipati via e-mail o PEC, e successivamente prodotti in originale dove precisato.
--

* Ai sensi della DGR Lombardia n. XII/ 6692 del 03.08.2026 la definizione di ciclo è:

Omologa: il percorso assistenziale che ha inizio con l'agoaspirazione ecoguidata dei follicoli e si conclude con il trasferimento in utero di uno o più embrioni - ogni prelievo è un ciclo

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Brianza	MODULO RIMBORSO ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA PER PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA CURE PRIMARIE	2026 Pag. 4 di 4
--	--	-----------------------------

Eterologa: il percorso assistenziale riferito a ciascuna singola donazione che si conclude con il trasferimento in utero di uno o più embrioni

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), la informiamo che l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza, con sede legale in via Santi Cosma e Damiano 10, 20871 Vimercate (MB) – Tel.: 039 66541 – PEC: protocollo@pec.asst-brianza.it, in qualità di Titolare del trattamento, procede al trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di seguito descritte. Il Titolare ha nominato il Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO), contattabile all'indirizzo: rpdp@asst-brianza.it.

I dati personali sono trattati ai fini della gestione della presente richiesta, ivi incluse le attività di verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente e la valutazione dell'istanza.

La base giuridica del trattamento è da ravvisarsi nell'art. 6, par. 1, lett. c) (adempimento di obblighi normativi) e lett. e) (esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare), nonché nell'art. 9, par. 2, lett. h), in quanto il trattamento è necessario per finalità di cura e assistenza sanitaria. Il conferimento dei dati è necessario per le finalità sopra indicate; in caso di mancato conferimento, il Titolare non sarà in grado di ricevere e gestire la richiesta.

Il trattamento avviene in forma cartacea e/o elettronica, con l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantirne la sicurezza.

I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità per cui sono raccolti, in conformità alle tempistiche indicate nel vigente Massimario di Scarto della Regione Lombardia e nel rispetto degli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

I dati potranno essere comunicati, nei limiti strettamente necessari al perseguimento delle finalità indicate, alle seguenti categorie di destinatari: personale interno dell'ASST operante in qualità di soggetto autorizzato al trattamento; responsabili del trattamento ex art. 28 GDPR espressamente individuati; Enti Socio Sanitari e strutture accreditate con il Servizio Sanitario Regionale; Autorità Pubbliche; Enti Previdenziali; soggetti destinatari per legge o per regolamento. I dati non saranno in ogni caso diffusi.

L'interessato ha il diritto di esercitare, nei casi e nei limiti previsti dal Regolamento UE 2016/679, i seguenti diritti: accesso ai propri dati personali (art. 15); rettifica dei dati inesatti (art. 16); cancellazione dei dati (art. 17); limitazione del trattamento (art. 18); portabilità dei dati, ove applicabile (art. 20); opposizione al trattamento (art. 21). I suddetti diritti possono essere esercitati inviando una richiesta scritta al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.asst-brianza.it.

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, ai seguenti recapiti: e-mail protocollo@gpdp.it – PEC protocollo@pec.gpdp.it.

Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati si rimanda all'Informativa sul trattamento dei dati personali degli utenti delle prestazioni sanitarie, disponibile sul sito internet aziendale.

Data _____

Firma di entrambi i richiedenti
