



Documentazione relativa alle cause di giustificazione della mancata disdetta previste dall'art. 23 della Legge Regionale n. 2/2016

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____ tel. Cellulare (o fisso) _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. Via _____ n. _____

Indirizzo e-mail o PEC _____

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore (con la potestà legale) del minore (cognome e nome) _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno di (cognome e nome) _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____

DICHIARO

di non aver effettuato la disdetta della prenotazione per la prestazione _____

del giorno _____ presso _____

oppure per la prenotazione numero _____

per uno dei seguenti motivi:

- malattia entro due giorni antecedenti alla prenotazione (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro o altro certificato medico). N.B. Il certificato di malattia deve essere richiesto al medico contestualmente allo stato di malattia affinché egli abbia la possibilità di verificarla.
- ricovero presso struttura sanitaria (allegare copia del certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- accesso al Pronto soccorso (allegare copia del verbale di PS contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare copia del certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);

Riguardante

- me stesso/a
- parente entro 2° grado o affine o convivente (specificare nome e cognome e grado di parentela).....
- nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita)
- lutto se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela e conviventi (in quest'ultimo caso appartenenza allo stesso nucleo familiare) (allegare certificato di decesso)
- incidente stradale in data. (se entro 6 ore dalla data dell'appuntamento)(allegare documentazione attestante l'avvenuto incidente)
- ritardo treni, calamità naturali furti ciclo mestruale per visita ginecologica o per altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopie, esame urine, ecc...).
- ALTRO (specificare) _____

Nota Bene: Le cause di impedimento sopra riportate devono essere opportunamente documentate. Qualora non documentate non saranno oggetto di valutazione.

Il presente modulo dovrà essere inviato o consegnato, unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità, entro e non oltre 60 giorni dalla data della mancata presentazione all'appuntamento, in una delle seguenti modalità:

tramite e-mail ordinaria o pec a: giustificativimalus@pec.ausl.pr.it

tramite posta ordinaria o raccomandata a: Ufficio Mancate Disedette – Ausl Parma - Strada Del Quartiere 2/a, 43125 Parma

Consenso al trattamento dati (Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003)

i dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, i dati inerenti le esenzioni per reddito saranno messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. All'utente competono i diritti previsti da art.13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione, e ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____

Firma _____

ATTENZIONE: il presente modulo è valido solo per mancate disedette di prestazioni specialistiche prenotate presso strutture di Parma e provincia. La documentazione relativa a prenotazioni presso strutture di altre province non sarà oggetto di valutazione.