

Richiesta di annullamento della sanzione amministrativa erogata per mancata disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali

(di cui all'art. 23 L.R. n. 2/2016)

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

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. _____
- In qualità di erede di (cognome e nome) _____
 nato/a il _____ a _____ deceduto il _____

CHIEDO
l' annullamento della sanzione amministrativa relativa al verbale prot.

N. _____ del _____

A tal fine

DICHIARO
di non aver effettuato la disdetta della prenotazione per uno dei seguenti motivi:

- ricovero presso struttura sanitaria (qualora la struttura non sia aziendale, allegare copia del certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- accesso al Pronto soccorso (qualora la struttura non sia aziendale, allegare copia del verbale di PS contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (qualora la struttura non sia aziendale, allegare copia del certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- malattia (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro o altro certificato medico). NB Il certificato di malattia deve essere richiesto al medico contestualmente allo stato di malattia affinché egli abbia la possibilità di verificarla.
 - 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)
- incidente stradale in data. (se entro 6 ore dalla data dell'appuntamento).....
- ritardo treni, calamità naturali furti ciclo mestruale per visita ginecologica o per altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopie, esame urine, ecc...).

Nota Bene: Le cause di impedimento sopra riportate devono essere opportunamente documentate.

Dichiaro di avere disdetto la prestazione con il dovuto anticipo

- dal seguente numero telefonico _____ (specificare data)
- presso la Farmacia _____ (specificare data)
- presso il cup ordinario _____ (specificare data)
- presso il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) _____ (specificare data)
- altro _____ (specificare data)

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 _____