

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 (nome) _____ | (cognome) _____
nato/a il _____ | a _____ | Prov. _____
Stato di nascita _____ | codice fiscale _____
residente a _____ | Prov. _____ | CAP _____
Via _____ | n. _____
telefono (fisso o cellulare) _____
e-mail o PEC _____

IN QUALITA' DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

- diretto interessato
 genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) _____ | (cognome) _____
nato/a il _____ | a _____ | Prov. _____

- tutore curatore amministratore di sostegno
di (nome) _____ | (cognome) _____

nato/a il _____ | a _____ | Prov. _____

- erede
di (nome) _____ | (cognome) _____

nato/a il _____ | a _____ | deceduto/a il _____ | a _____

CHIEDO

l'annullamento della sanzione amministrativa comminata con verbale di accertamento n.del

A TAL FINE

DICHIARO DI NON AVER FATTO LA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE PER UNO DEI SEGUENTI MOTIVI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

- ricovero presso struttura sanitaria (allegare il certificato di ricovero qualora la struttura appartenga ad un'altra Azienda sanitaria rispetto a quella in cui è stata fatta la prenotazione);
- accesso al Pronto soccorso (allegare il referto di Ps qualora la struttura appartenga ad un'altra Azienda sanitaria rispetto a quella in cui è stata fatta la prenotazione);
- malattia (allegare certificato medico – es. giustificativo di assenza dal lavoro);
- altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare referto qualora la struttura appartenga ad un'altra Azienda sanitaria rispetto a quella in cui è stata fatta la prenotazione)



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 la 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 AVER DISDETTO LA PRESTAZIONE CON IL DOVUTO ANTICIPO

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

- dal seguente numero telefonico _____ in data _____
- presso la Farmacia _____ in data _____
- presso il Cup _____ in data _____
- altro _____ in data _____

PER INFORMAZIONI:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI (AI SENSI DELL' ART.13 D.LGS. 196/2003)

I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'Azienda USL di Piacenza, 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 dall'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 _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

- Si accoglie l'istanza
- Non si accoglie l'istanza
- Altro

Data _____

L'operatore _____