



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