



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 DISETTA DELLA PRENOTAZIONE PER UNO DEI SEGUENTI MOTIVI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

- ricovero in 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 del Pronto soccorso 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).

altro

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

I dati forniti tramite questo modulo saranno trattati per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Azienda USL di Piacenza, Titolare del trattamento.

Le informazioni generali sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, sono consultabili nella sezione Privacy del sito internet dell'Azienda USL di Piacenza www.ausl.pc.it.

E' fatta salva, comunque, la possibilità per l'Amministrazione di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data

| Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Si accoglie l'istanza

Non si accoglie l'istanza

Altro

Data

L'operatore