



## 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 relativa al verbale prot.**

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 in 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);
- malattia (allegare certificato medico – es. giustificativo di 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**
- 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)



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, isteroscopia, 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](http://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 \_\_\_\_\_