ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE AL PERCORSO DI TUTELA PER PRESTAZIONE DI PRIMO ACCESSO

|  |  |
| --- | --- |
| **Spett.le** | **ASL 6 Medio Campidano**  **Ufficio Relazioni col Pubblico** |

**Oggetto**: istanza di autorizzazione al percorso di tutela per prestazioni specialistiche di primo accesso.

Io sottoscritto/a nato/a a Prov. il / / residente a Prov. In via/piazza C.F. telefono / cellulare email **IN QUALITÀ DI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⃝ | Diretto interessato | ⃝ | Genitore del minore | ⃝ | Curatore/Tutore | ⃝ | Delegato |

Cognome Nome C.F.

PREMESSO:

* che in data / / è stata prescritta la prima visita specialistica o accertamento diagnostico denominata/o: ;
* che dal foglio di prenotazione, allegato alla presente, risulta una data successiva ai tempi di garanzia della prescrizione;
* che la suddetta prima visita specialistica o accertamento diagnostico è inserita/o nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa con determinati tempi massimi di erogazione per priorità;

CHIEDO

* di poter accedere alla suddetta prestazione attraverso una struttura pubblica o privata accreditata, entro i tempi massimi stabiliti dal piano di governo delle liste di attesa come da indicazione del medico prescrittore;
* che in caso di indisponibilità di strutture pubbliche o accreditate che possano erogare la prestazione secondo la prescrizione, la ASL provveda ad autorizzare l’erogazione della prestazione in regime Libero professionale e/o in strutture private accreditate, ai sensi del decreto legislativo n. 124/1998 art. 3, comma 13.

Si allega alla presente:

* foglio di prenotazione;
* prescrizione del medico;
* breve relazione del medico prescrittore con il motivo della prescrizione della priorità indicata;
* copia del documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità;
* copia della tessera sanitaria;
* eventuale dichiarazione sostitutiva di atto notorio della tutela;
* eventuale procura/delega;
* copia documento di riconoscimento dell’eventuale tutore/procurato/delegato in corso di validità.

INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 del D.Lgs 196/2003 I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dalla ASL solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

**N.B. La richiesta sarà autorizzata previa verifica dell’appropriatezza da parte di apposita commissione.**

**I tempi di garanzia decorreranno dalla data di presentazione dell’istanza.**

Data

Firma