



Allegato A

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 una prima visita specialistica/ accertamento diagnostico denominata/o: _____;
- che la prenotazione, allegata, è prevista in data successiva ai tempi di garanzia;
- 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 effettuare la suddetta prestazione in 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 la prestazione in regime Libero professionale, ai sensi del decreto legislativo n. 124/1998 art. 3, comma 13.

Si allega alla presente:

- foglio di prenotazione indicante la prima data disponibile in assoluto tra quelle proposte dal sistema/sportello CUP;
- prescrizione della prestazione garantita dal SSN, completa in tutti i campi;
- breve relazione del medico prescrittore relativa al motivo della richiesta di prestazione e della classe di 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 per l'erogazione dell'esame decorreranno dalla data di presentazione dell'istanza.

Data _____

Firma _____