

Presentazione giustificativo per mancata disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fiscale _____
nato/a il _____ a _____ tel. Cell (o fisso) _____
residente a _____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
indirizzo e-mail o PEC _____

In qualità di il diretto interessato

In qualità di genitore (con la potestà legale) del minore (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____

In qualità di il tutore / amministratore di sostegno di (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____

DICHIARO

di non aver disdetto nei tempi previsti la prenotazione N. _____ e non essermi presentato all'appuntamento il giorno _____, presso _____, per la prestazione di _____, per uno dei seguenti motivi:

- 1) malattia (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro);
- 2) ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero qualora la struttura non sia aziendale);
- 3) accesso al Pronto soccorso (allegare verbale di PS qualora la struttura non sia aziendale);
- 4) altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare certificato qualora la struttura non sia aziendale)

riguardante
me stesso/a

parente entro 2° grado o convivente (specificare nome e cognome e grado di parentela) _____;

- 5) nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita);
- 6) lutto (entro 2 giorni antecedenti alla prenotazione) se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela e conviventi (in quest'ultimo caso appartenenza allo stesso nucleo familiare);
- 7) incidente stradale in data (se entro 6 ore dalla data dell'appuntamento) _____;
- 8) altro: ritardo treni, calamità naturali, furti.

Nota Bene: Le cause di impedimento sopra riportate devono essere opportunamente documentate.

Allegati sì no

Consenso al trattamento dati (ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003)

I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione 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 da 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 e il blocco degli stessi

Data _____ Firma _____

Il presente modulo deve essere recapitato all'ASL di Imola secondo queste modalità:

- spedito tramite Raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo: **Amministrazione Servizi Sanitari – AUSL di Imola, Viale G. Amendola, n° 8 – 40026 IMOLA (BO)**
- inviato all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata: amm.servsanitari@pec.ausl.imola.bo.it
- inviato tramite fax al n° **0542604560**

Si prega di conservare copia del presente modulo