



Spett.le Ufficio Mancate Disdette

Dipartimento Cure Primarie Aziendale - AUSL RE

Via Amendola, 2 42122- REGGIO EMILIA

**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 \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(nome) (cognome)

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ tel. Cellulare (o fisso) \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail o PEC \_\_\_\_\_

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore (con la potestà legale) del minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno di (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- In qualità di erede di (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**l'annullamento della sanzione amministrativa relativa al verbale prot.**

N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CODICE A BARRE



**A tal fine**

**DICHIARO**

**di non aver effettuato la disdetta della prenotazione per uno dei seguenti motivi:**

- malattia (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro)
- ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- accesso al Pronto soccorso (allegare referto di PS contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare referto contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);

Riguardante

- me stesso/a;
- parente entro 2° grado ,coniuge e convivente (specificare nome e cognome e grado di parentela)

- nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita);
- lutto se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela , coniuge e conviventi (in quest'ultimo caso appartenenza allo stesso nucleo familiare) accaduto entro due gg lavorativi antecedenti alla data della prestazione; specificare Nome Cognome e grado di parentela .....
- 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.....)

**Nota Bene: Le cause di impedimento sopra riportate ,le uniche che prevedono esonero dalla sanzione, devono essere opportunamente documentate.**

**Il presente modulo, compilato in tutte le sue parti (in caso contrario non potrà essere accolto) deve pervenire all'Ufficio mancate disdette entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica.**

**Le informazioni relative alle disdette sono disponibili sul sito aziendale [www.ausl.re.it](http://www.ausl.re.it) - disdetta prenotazione –oppure presso gli URP (Ufficio relazioni con il pubblico) distrettuali e ASMN**

<u>URP Arcispedale S. Maria Nuova</u>	Tel. 0522/296677	<u>URP di Guastalla</u>	Tel. 0522 837344
		<u>URP di Montecchio Emilia</u>	Tel. 0522 860205
<u>URP Distretto di Reggio Emilia</u>	Tel. 0522 335667	<u>URP di Scandiano</u>	Tel. 0522 850400
		<u>URP di Castelnovo ne' Monti</u>	Tel. 0522 617328
		<u>URP di Correggio</u>	Tel. 0522 630211

**Dichiaro di avere disdetto la prestazione con il dovuto anticipo**

- dal seguente numero telefonico \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (specificare data)
- presso la Farmacia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (specificare data)
- presso il CUP \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (specificare data)
- altro \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (specificare data)

**Sono consapevole che:**

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

**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 ed il blocco degli stessi.

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet disponibile su [www.ausl.re.it/informativaprivacy](http://www.ausl.re.it/informativaprivacy)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

- Si accoglie l'istanza
- Non si accoglie l'istanza
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ L'operatore \_\_\_\_\_