

Istanza per prestazioni intramoenia a carico della ASL

Da consegnare a mano, o tramite PEC (reperibile sul sito web della propria ASL nella sezione 'contatti'),
o con Raccomandata A/R al protocollo della propria ASL, conservandone ricevuta.

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale _____

Oggetto: Istanza per prestazione in regime di attività libero professionale intramuraria con oneri a carico della ASL.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___/___/_____
residente a _____ in Via _____ CAP _____
Cod. Fisc. _____
Recapito telefonico _____, email _____

Premesso

Che in data ___/___/_____ gli/le è stato prescritto accertamento diagnostico (o visita specialistica) con codice di priorità _____, di cui si allega prescrizione;

Che in data ___/___/_____ presso il CUP istituzionale è stata effettuata la prenotazione, di cui si allega promemoria;

Che in data ___/___/_____ il CUP ha comunicato l'impossibilità di procedere alla prenotazione richiesta prima del ___/___/_____;

Che il predetto accertamento/visita specialistica riveste carattere di urgenza incompatibile con i tempi di attesa

Che in forza del d.lgs. n. 124/1998 è diritto del paziente conoscere i tempi massimi intercorrenti tra la richiesta di prestazioni e la loro erogazione e usufruire, nel caso di impossibilità di rispettare i predetti tempi, di attività libero-professionali in regime intramoenia.

Tutto ciò premesso, chiede

Che la prestazione in questione sia resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con oneri a carico del servizio sanitario nazionale-ASL di competenza, prevedendo il solo pagamento del ticket, se non esenti, e che venga fornita tempestiva comunicazione in merito, in assenza della quale la predetta prestazione sarà effettuata privatamente, con successiva richiesta di rimborso a carico di codesta Azienda.

Luogo _____ data ___/___/_____

Firma del richiedente _____

Si allega:

- 1) Copia richiesta di prestazione
- 2) Copia comunicazione CUP (promemoria dell'appuntamento)