

GIUSTIFICAZIONE DELLA MANCATA DISDETTA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI  
(visite e diagnostica per immagini)

Io sottoscritto/a (nome ) \_\_\_\_\_ (cognome ) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

**A) di non aver effettuato la disdetta della prenotazione**

per la prestazione \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

oppure per la prenotazione numero \_\_\_\_\_

**per uno dei seguenti motivi:**

Riguardante

- me stesso/a
- parente/affine entro 2° grado o convivente (specificare nome e cognome e grado di parentela)..... ;
- malattia entro due giorni antecedenti alla prenotazione (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro o altro certificato medico).  
N.B. Il certificato di malattia deve essere richiesto al medico contestualmente allo stato di malattia affinché egli abbia la possibilità di verificarla.
- ricovero presso struttura sanitaria (allegare copia del certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- accesso al Pronto soccorso (allegare copia del verbale di PS contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare copia del certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso);
- nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita)
- lutto se riguarda parente/affine fino al 2° grado e conviventi (in quest'ultimo caso appartenenza allo stesso nucleo familiare) (allegare certificato di decesso);
- incidente stradale in data (se entro 6 ore dalla data dell'appuntamento) (allegare documentazione attestante l'avvenuto incidente)
- sciopero mezzi pubblici di trasporto, calamità naturali, ciclo mestruale per visita ginecologica o per altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopie, esame urine, ecc...).
- ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

*Nota Bene: Le cause di impedimento sopra riportate devono essere opportunamente documentate. Qualora non documentate non saranno oggetto di valutazione.*

**B) di aver disdetto la prestazione con il dovuto anticipo**

- dal seguente numero di telefono \_\_\_\_\_ (specificare data);
- presso la farmacia \_\_\_\_\_ (specificare data);
- presso lo sportello CUP \_\_\_\_\_ (specificare data);
- altro \_\_\_\_\_ (specificare data);

Il presente modulo dovrà essere inviato o consegnato, unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità, entro e non oltre 30 giorni dalla data della

mancata presentazione all'appuntamento, in una delle seguenti modalità:

- presentandolo direttamente agli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP);
- tramite pec all'indirizzo: protocollo@pec.asp.rg.it specificando nell'oggetto: "Giustificazione mancata disdetta visita specialistica o prestazione diagnostica"
- tramite email a: urp@asp.rg.it;
- tramite posta ordinaria/raccomandata a.r.: Asp Ragusa-piazza Igea n. 1 – 97100 Ragusa – Ufficio URP

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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_