



Spett.le Ufficio Mancate Disdette

Dipartimento Cure Primarie Aziendale - AUSL RE

Via Amendola, 2 42122- REGGIO EMILIA

RICHIESTA DI NON APPLICAZIONE DELLA SANZIONE AMMINISTRATIVA 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
la non applicazione della sanzione amministrativa relativa a

N. PRENOTAZIONE _____ del _____ e a tal fine

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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> malattia (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro) <input type="checkbox"/> ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso); <input type="checkbox"/> accesso al Pronto soccorso (allegare referto di PS contenente solo i dati anagrafici e la data di accesso); <input type="checkbox"/> 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).....

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita) <input type="checkbox"/> 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 (indicare Nome e Cognome del defunto e grado di parentela)..... |
|---|

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | incidente stradale in data (se entro 6 ore dalla data dell'appuntamento)
..... |
| <input type="checkbox"/> | ritardo treni, calamità naturali, furti, ciclo mestruale per visita ginecologica o per altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopie, 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 mancata disdette entro 60 giorni dalla data della mancata presentazione.

Le informazioni relative alle disdette sono disponibili sul sito aziendale www.ausl.re.it - disdetta prenotazione - oppure presso gli URP (Ufficio relazioni con il pubblico) distrettuali e Arcispedale S.Maria Nuova

<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)
- presso la Farmacia _____ in data _____ (specificare)
- presso il CUP _____ in data _____ (specificare)
- altro _____ in data _____ (specificare)

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 Regolamento Europeo GDPR n. 2016/679)

I dati personali raccolti saranno trattati ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento UE 2016/679, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

E' riconosciuto l'esercizio dei diritti previsti al Capo III del GDPR n. 2016/679. L'utente potrà in qualunque momento richiedere l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, può richiedere la limitazione del trattamento dei suoi dati e può esercitare il diritto di opposizione al trattamento. A tal fine apposita istanza dovrà essere presentata alla Azienda contattando il Responsabile della protezione dati: dpo@ausl.re.it

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito istituzionale dell'Azienda UsI di Reggio Emilia, www.ausl.re.it - sezione Privacy.

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Si accoglie l'istanza |
| <input type="checkbox"/> Non si accoglie l'istanza |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Data _____ L'operatore _____

