



Al Direttore Sanitario della ASL/AO

Indirizzo _____

Cap e città _____

All'Assessorato regionale alla Sanità

Indirizzo _____

Cap e città _____

E p.c. Cittadinanzattiva Sede nazionale
Via Imera 2
00183 Roma

OGGETTO: liste d'attesa per _____

In data _____ io sottoscritto/a _____

residente a _____ mi sono rivolto/a

al CUP regionale _____

al CUP della ASL _____

Altro (specificare) _____

In quell'occasione sono stato/a informato che il primo posto disponibile per effettuare la prestazione _____

era presso la Struttura _____

e per il giorno _____.

(eventuali note aggiuntive) _____

Visto che

- la prestazione diagnostica/visita specialistica _____



è inserita nel Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa;

- la prestazione in oggetto mi è stata prescritta con il codice di urgenza_____;
- il Piano di nazionale Governo delle liste d'attesa 2019-2021 stabilisce per le prenotazioni erogate dal SSN tempi massimi di erogazione

Chiedo

Che la prestazione sia erogata entro i tempi massimi stabiliti nel Piano di Governo delle liste d'attesa o dalle indicazioni del Medico prescrittore;

Che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che eroghi la prestazioni entro i tempi massimi stabiliti;

Che in caso di indisponibilità di strutture pubbliche o accreditate che possano erogare la prestazione secondo la prescrizione, la ASL provveda all'erogazione della prestazione in intramoenia, senza oneri aggiuntivi da parte mia, ai sensi decreto legislativo n. 124/1998 articolo 3, comma 13;

Domando inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti:_____

Si fornisce anche recapito telefonico e indirizzo email per comunicazioni rapide:

Distinti saluti,

Data _____

Firma _____