

**Mod. B - Richiesta di annullamento dell’assoggettamento al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo dovuto (pari al ticket) a titolo sanzionatorio per mancata o tardiva disdetta di una prenotazione – casi giustificativi**

**(di cui alla D.G.R. 124 del 13/03/2025 e successivi Decreti attuativi)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP Prov.

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di

• diretto/a interessato/a

• genitore / tutore legale (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il / / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.

• delegato/a/ di (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il / / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.

• erede di (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il / / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deceduto/a il / /

• tutore / curatore / amministratore di sostegno (cognome e nome)

nato/a il / / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.

(allegare il documento comprovante la tutela/curatela/amministrazione di sostegno)

**CHIEDO**

l’annullamento dell’assoggettamento al pagamento al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo dovuto (pari al ticket) per mancata o tardiva disdetta della prenotazione, di prestazione/i prevista per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR n. 445/2000 prevede sanzioni penali e la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 76 e 75)

**DICHIARO**

(ai sensi e per gli effetti dell’articolo 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i)

• di aver disdetto l’appuntamento entro almeno due giorni lavorativi (escluso sabato e domenica e festivi) prima della data dell’appuntamento stesso: codice di disdetta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ effettuata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OPPURE

• di non aver effettuato la disdetta della prenotazione o di aver disdetto oltre il termine di due giorni lavorativi (escluso sabato e domenica e festivi) prima dell’appuntamento per uno dei seguenti motivi:

o ricovero presso una struttura sanitaria, accesso in Pronto Soccorso o fruizione di altra prestazione sanitaria urgente da parte dell’interessato o di un parente fino al secondo grado [genitori, figli, fratelli e sorelle, nonni e nipoti (figli dei figli)], del coniuge o dei conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare, avvenuta nelle 24 ore precedenti all’appuntamento, documentata da relativo certificato medico, rilasciato nello stesso giorno della prestazione o nel giorno successivo non festivo/pre-festivo;

o malattia e altri motivi di salute dell’interessato o di parente fino al secondo grado, del coniuge o dei conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare, avvenuta nelle 24 ore precedenti all’appuntamento e tali da impedire e tali da impedire la fruizione della prestazione sanitaria prenotata, documentata da relativo certificato medico, rilasciato nello stesso giorno della prestazione o nel giorno successivo non festivo/pre-festivo;

o nascita del figlio/figlia, nei due giorni che precedono l’appuntamento: Cognome e nome del figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o lutto familiare fino al secondo grado di parentela, decesso del coniuge o del convivente di fatto nei quattro giorni che precedono l’appuntamento: Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ descrizione del familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deceduto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o inagibilità del presidio erogatore (documentata dall’Azienda);

o altre cause documentabili che siano caratterizzate da assoluta imprevedibilità e vengano ritenute idonee dall’Azienda Sanitaria ad impedire la disdetta nei termini e nei modi dalla stessa previsti quali scioperi, calamità naturali, allerta meteo, incidenti stradali.

o decesso dell’interessato: Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deceduto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro altresì di aver preso visione del “Trattamento dati personali - Informazioni generali per pazienti e utenti (ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679)” consultabile al link \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere a conoscenza del fatto che i dati acquisiti con la presente dichiarazione vengono trattati dagli Enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni, connesse al presente procedimento.

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

Allego copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e documentazione che consenta di valutare l’imprevedibilità della causa e l’impossibilità alla disdetta nei termini e nei modi previsti.

Allegati

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo, comprensivo di allegati, dovrà essere inviato tramite posta elettronica all’indirizzo e-mail dell’Azienda presso la quale era prevista l’erogazione della prestazione sanitaria non disdettata.

In caso non sia possibile provvedere all’invio mediante posta elettronica, potrà essere potrà essere consegnato secondo le modalità individuate dall’organizzazione aziendale e riportate sul sito internet.