

MODULO DI ISTANZA EROGAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE

Spett.le
Ufficio Relazioni con il Pubblico ASL AL

Oggetto: Richiesta di erogazione di prestazioni sanitarie ai sensi dell'art.3, comma 13 del D.Lgs.124/98.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____ residente a _____, si rivolge a codesto Ufficio per richiedere il riconoscimento del diritto alla prestazione sanitaria prescritta in data _____ dal MMG/PLS, relativa a _____ classe di priorità (B/D/P) in quanto, nonostante si sia rivolto/a al call-center di prenotazione, non è riuscito/a ad ottenere riscontro della sua istanza nei tempi previsti dalla classe di priorità indicata nell'impegnativa medica.

Pertanto, in virtù di quanto sopra esposto, chiede che gli/le venga garantita l'erogazione della prestazione sanitaria nei tempi di priorità previsti anche attraverso l'utilizzo delle modalità indicate nell'art.3, comma 13 del D.Lgs. 124/98, senza costi a suo carico, ad eccezione del pagamento del ticket sanitario nel caso in cui non fosse esente.

Allega: 1) Impegnativa MMG/PLS, 2) Modulo per il trattamento dei dati, 3) Copia del documento d'identità, 4) Copia della tessera sanitaria.

In attesa di riscontro alla presente, porge cordiali saluti.

Data: _____

Firma: _____

Riferimenti per contatti:

n.ro telefono: _____