

Al Direttore Sanitario della ASL/AO

Via _____

Al Direttore del Distretto Sanitario

Via _____

OGGETTO: superamento tempo massimo liste di attesa per _____

Buongiorno,

la presente per chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, considerato il superamento del tempo massimo di attesa previsto per la prestazione in oggetto.

Io sottoscritta/o _____

Residente a _____

Codice Fiscale: _____

Il giorno _____ mi sono rivolta/o al CUP _____

Al fine di prenotare la seguente prestazione: _____

Che mi è stata prescritta con Codice di priorità U B D P

Sono stato informato che la prima disponibilità per effettuare la suddetta prestazione è presso la struttura _____ per il giorno _____.

Poiché il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa stabilisce, per le prenotazioni erogate dal SSN, dei tempi massimi di erogazione, che in questo caso sono superati,

richiedo

- che l'erogazione della prestazione avvenga entro i tempi massimi previsti per la classe di priorità della mia prescrizione in una struttura pubblica o accreditata;
- che, qualora non fossero disponibili strutture pubbliche o accreditate, la prestazione venga erogata in regime di Attività Libero-Professionale Intramuraria, come indicato nel *Decreto Legislativo n.124/1998, Articolo 3, comma 13*, senza che io debba sostenere maggiori oneri.

Richiedo una risposta formale alla presente comunicazione, da inoltrare al seguente indirizzo:

O all'indirizzo mail _____

Si fornisce inoltre un recapito telefonico per eventuali comunicazioni rapide: _____

Distinti saluti,

Data e Luogo: _____

Firma: _____