

AL RESPONSABILE DELL'UOS CUP E PERCORSI DIAGNOSTICI
E P.C. AL DIRETTORE SANITARIO
DELL' AOUP GIACCONE"
PALERMO

inviare il modulo a protocollo@cert.policlinico.pa.it

ISTANZA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI TUTELA PER IL MANTENIMENTO ENTRO I TEMPI DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Il /La sottoscritto/a nato/a a (prov.)
il....., codice fiscale si è recato in data al CUP del
Policlinico P. Giaccone al fine di prenotare la prestazione di primo accesso di seguito specificata
..... cui il medico di medicina generale (mmg) ha assegnato come
priorità di esecuzione

Il sottoscritto è domiciliato nel comune di (prov.).

Premesso che:

La prestazione è stata prenotata con il codice n. _____ per il giorno _____,
in eccedenza rispetto ai tempi previsti dalla priorità assegnata.

Si chiede che:

la prestazione sopra specificata sia erogata nei tempi massimi previsti, come da indicazione del medico prescrittore e secondo le modalità della normativa vigente (D.lgs n. 124 /1998 art. 3 comma 3, PNGLA e PRGLA).

Si accetta qualsiasi eventuale disponibilità nell'ambito di tutte le aziende dell'ambito territoriale di garanzia della provincia di Palermo, ivi compresi i presidi ospedalieri distanti dal proprio domicilio.

Ogni successiva comunicazione dovrà essere indirizzata all'indirizzo di posta certificata da cui la presente è stata inviata. Si indica il numero telefonico _____ per qualsiasi ulteriore comunicazione finalizzata a possibili approfondimenti o ulteriori richieste.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai soli fini del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (in accordo con il Regolamento UE 2016/679 e con il D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003 e ss.mm.ii)

Data

Firma del richiedente

.....

.....

Si allega alla presente istanza **IN UNICO FILE** necessario per agevolare la lavorazione della pratica_:

- **Copia della ricetta del medico di medicina generale**
- **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità**
- **Copia del documento di prenotazione**
- **Copia della tessera sanitaria**