

**Richiesta di non applicazione della sanzione amministrativa per mancata presentazione
e/o disdetta/spostamento oltre la data limite delle prenotazioni di prestazioni
specialistiche ambulatoriali**
(di cui all'art. 23 L.R. n. 2/2016)

Io sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
(nome) (cognome)

Nato/a il ___/___/___ a _____ tel. Cellulare (o fisso) _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

Indirizzo e-mail o PEC _____

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore (con la potestà legale) del minore (cognome e nome) _____
nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno di (cognome e nome) _____
nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____
- In qualità di erede di (cognome e nome) _____
nato/a il ___/___/___ a _____ deceduto il ___/___/___

**CHIEDO
la non applicazione della sanzione amministrativa relativa a**

n° prenotazione _____ del ___/___/___ presso la sede di _____ a tal fine

**DICHIARO
uno dei seguenti motivi:**

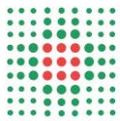
- malattia (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro o altro certificato medico) N.B. Il certificato di malattia deve essere richiesto al medico e dallo stesso redatto contestualmente allo stato di malattia affinché egli abbia la possibilità di verificarla;
- ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero riportante i dati anagrafici, data di accesso e dimissioni nonché prognosi qualora la struttura non sia dell'AUSL della Romagna) N.B. Nel certificato trasmesso potranno essere oscurati i dati non rilevanti.;
- accesso al Pronto Soccorso (allegare verbale di PS riportante i dati anagrafici, data di accesso e dimissioni nonché prognosi qualora la struttura non sia dell'AUSL della Romagna) N.B. Nel certificato trasmesso potranno essere oscurati i dati non rilevanti.;
- altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare certificato o altra documentazione sanitaria comprovante la prestazione qualora la struttura non sia dell'AUSL della Romagna);

riguardante

- me stesso/a
- parente entro 2° grado o affine o convivente _____
(specificare nome e cognome e grado di parentela)

- nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita)
- lutto se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela, coniuge e conviventi (in quest'ultimo caso appartenenza allo stesso nucleo familiare) accaduto entro 2 giorni lavorativi antecedenti alla prenotazione (allegare dichiarazione sostitutiva con i dati anagrafici del deceduto/a, data e luogo del decesso, rapporto di parentela)
- incidente stradale in data _____ (se entro 6 ore dalla data dell'appuntamento – allegare documentazione idonea a comprovare l'evento)
- ritardo treni (allegare giustificativo della società di trasporto)
- calamità naturali (specificare: _____)
- furti (specificare: _____)
- ciclo mestruale per visita ginecologica o per altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopie, esame urine, ecc...).

**N.B.: Le cause di impedimento sopra riportate DEVONO ESSERE OPPORTUNAMENTE DOCUMENTATE.
In caso contrario non potranno essere prese in considerazione.
Allegare fotocopia del documento d'identità.**



Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt.li 13 e ss del Regolamento europeo n. 2016/679

Si informa che i dati personali che La riguardano e da Lei forniti saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità istituzionali dell'Azienda e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e regolamentari in materia.

Titolare del Trattamento è l'AUSL della Romagna con sede in Ravenna (RA) Via De Gasperi n. 8 nella persona del Direttore Generale.

Responsabile del Trattamento è il Direttore della U.O. di riferimento.

Allegati:

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

Data ___/___/_____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AUSL

Data ricezione ___/___/_____

L'operatore addetto
