

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Richiesta percorso tutela (DIS.MO.4139.01).doc pag 1/1
---	---------------	---

Al Direttore Generale ASLVC
 C.so Mario Abbiate 21, Vercelli
urp@aslvc.piemonte.it

Oggetto: richiesta di attivazione percorso di tutela ex D.Lgs. 124/98 e DGR 1865/19, DGR 7766/18, ecc) – **Allegato A.**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 residente a _____ in Via _____
 Cod. Fisc.: _____ recapito telefonico _____
 e-mail: _____

Premesso

- che in data _____ gli è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica): _____ (All. 1 - Impegnativa)
- che in data _____ il CUP ha comunicato l'impossibilità di fare la prenotazione richiesta prima del _____ (All. 2 – attestazione CUP/promemoria di prenotazione)
- la ricerca espletata non ha soddisfatto la richiesta di prenotazione entro i termini previsti dal codice di priorità specifico riportato nell'impegnativa o dai tempi massimi stabiliti nel Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa (PNGLA)

Per quanto sopra il sottoscritto chiede:

la garanzia della prestazione ai sensi del D.Lgs. 124/98, art. 3, comma 13 senza costi a proprio carico se non quelli del ticket sanitario, se dovuto.

Dichiara inoltre, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, di aver ricevuto e di aver preso visione **dell'informativa per il trattamento dei dati** e di essere quindi a conoscenza della vigente normativa in materia di tutela della riservatezza dei dati personali e di quelli sensibili a carattere sanitario, nonché dei diritti riconosciuti dagli artt. 15 – 22 del **Regolamento Europeo (UE) 2016/679 GDPR**.

Dà formale consenso affinché gli operatori dell'Asl VC trattino i propri dati personali, secondo quanto indicato nell'informativa ivi compresi quelli inerenti il proprio stato di salute al fine del procedimento amministrativo di risposta alla richiesta presentata di erogazione di prestazione sanitaria ai sensi dell'art. 3, comma 13 del D.Lgs. 124/98,

Luogo e data

Firma dell'interessato

Spazio riservato all'operatore CUP

Si dichiara che in data _____ non è stato possibile procedere alla prenotazione.

Firma dell'operatore _____

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
SC Distretto - URP-Data: Marzo 2025	SC Distretto - URP-Data: Marzo 2025	SC Distretto - URP-Data: Marzo 2025	SC Distretto - URP-Data: Marzo 2025
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			