

ISTANZA DI TUTELA AI SENSI DEL D.LGS. N. 124/1998

Richiesta di accesso alle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria per superamento dei tempi massimi di attesa

Spett.le Direzione Generale / Direzione Sanitaria

Azienda Sanitaria Locale / Azienda Ospedaliera di _____

Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

Via/Piazza _____

C.A.P. _____ Città _____ (____)

OGGETTO: Istanza per l'erogazione di prestazione sanitaria in regime di attività libero-professionale intramuraria (ALPI) a carico del S.S.N. ai sensi dell'art. 3, comma 13 del D.Lgs. 124/1998.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____/____/____ Cod. Fisc.: _____

Residente a: _____ Prov: (____) C.A.P.: _____

Via/Piazza: _____ N. _____

Tel/Cell: _____ E-mail/PEC: _____

PREMESSO CHE:

- In data ____/____/____ il medico curante/specialista ha prescritto la seguente prestazione sanitaria: _____ con codice di priorità: [] U (Urgente) [] B (Breve) [] D (Differibile) [] P (Programmata);

- In data ____/____/____ il sottoscritto ha richiesto la prenotazione di tale prestazione presso i servizi di codesta Azienda Sanitaria, tramite il canale ufficiale (CUP/Spportello);

- In tale occasione, l'operatore/il sistema ha comunicato l'impossibilità di effettuare la prestazione entro i tempi massimi previsti dalla normativa vigente e dal Piano Regionale/Aziendale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), proponendo una data eccedente il termine (in data ____/____/____) oppure dichiarando la temporanea chiusura/sospensione delle liste di attesa.

CONSIDERATO CHE:

L'articolo 3, comma 13 del Decreto Legislativo 18 giugno 1998, n. 124 stabilisce espressamente che, qualora i tempi di attesa per le prestazioni superino quelli fissati dai piani regionali, l'assistito ha il diritto di richiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI), ponendo i relativi costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fermo restando il solo pagamento del ticket sanitario, se dovuto.

CHIEDE

Che la prestazione prescritta sia autorizzata ed erogata in regime di **attività libero-professionale intramuraria (ALPI)**, tempestivamente ed entro i tempi previsti dal codice di priorità assegnato, con onere economico interamente

a carico del Servizio Sanitario Nazionale, previo pagamento da parte del sottoscritto della sola quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket), se dovuta.

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE:

1. Fotocopia della ricetta medica/impegnativa del S.S.N.;
2. Attestazione di prenotazione CUP con indicazione della prima data disponibile o nota di indisponibilità;
3. Fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità.

Luogo e Data: _____, lì ____ / ____ / ____

Firma del Richiedente: _____

This is for informational purposes only. For medical advice or diagnosis, consult a professional. AI responses may include mistakes.