

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Nato/a a: _____ Prov. () il: _____

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

In Via/Piazza: _____ n. _____

Telefono/Cellulare: _____ E-mail: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R., sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

la mancata erogazione da parte del Servizio Sanitario Regionale (SSR) della seguente prestazione specialistica/diagnostica:

Prestazione richiesta: _____

Prescritta dal medico (Nome e Cognome): _____

Con ricetta/impegnativa n. _____ del _____

Codice di priorità indicato nell'impegnativa (U, B, D, P): _____

Dichiara, altresì, che la mancata fruizione di tale prestazione attraverso il sistema pubblico è dovuta alla seguente motivazione (barrare e completare la voce di interesse):

☐ IMPOSSIBILITÀ DI PRENOTAZIONE (Liste di attesa bloccate / sospese):
Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) o la struttura sanitaria pubblica/accreditata interpellata in data _____ ha comunicato l'impossibilità di inserire l'appuntamento in agenda a causa della chiusura o sospensione delle liste di prenotazione.

☐ MANCATO RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PREVISTI DALLA PRIORITÀ:
Il CUP o la struttura sanitaria pubblica/accreditata ha proposto una data di appuntamento (il _____ presso la struttura _____) che eccede ampiamente i tempi massimi di attesa legati al codice di priorità indicato sull'impegnativa (pari a _____ giorni), incompatibile con le necessità terapeutiche o cliniche del paziente.

☐ DOCUMENTATA ASSENZA DI DISPONIBILITÀ PRESSO LE STRUTTURE DEL TERRITORIO ASL/REGIONALE:
Il CUP ha formalmente comunicato l'assenza assoluta di disponibilità per la prestazione richiesta all'interno dell'intero territorio di competenza nei termini utili, costringendo il/la sottoscritto/a a rivolgersi al regime privato per garantire la continuità assistenziale.

☐ Altro (specificare nel dettaglio la motivazione):

Il/La sottoscritto/a allega alla presente:

1. Copia del documento di identità in corso di validità.
2. Copia dell'impegnativa medica.
3. (Se disponibile) Stampa del diniego del CUP / attestazione dei tempi di attesa fornita dallo sportello o dal sistema di prenotazione online.

Luogo e data: _____, Il Dichiarante (Firma leggibile e per esteso)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR): i dati sopra riportati sono raccolti esclusivamente per il procedimento amministrativo per il quale la presente dichiarazione viene resa.