Al Direttore Generale della ASL Roma 1

Borgo Santo Spirito 3

00193 Roma

protocollo@aslroma1.it

OGGETTO: Istanza ai sensi del D.lgs. n. 124/1998 art. 3 commi 10 e 13

Io sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**premesso**

* che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mi ha prescritto la seguente prestazione diagnostica/ visita specialistica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dopo avere tentato di prenotare la predetta prestazione, sono stato informato/a che il primo appuntamento disponibile per effettuare la suddetta era per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con numero di prenotazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**visto**

* che la prestazione in oggetto mi è stata prescritta con classe di priorità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* che in forza del d.lgs. n. 124/1998 è mio diritto conoscere i tempi massimi intercorrenti tra la richiesta di prestazioni e la loro erogazione e usufruire, nel caso di impossibilità di rispettare i predetti tempi, di attività libero-professionali in regime intramoenia;

**chiedo**

* la prestazione sia erogata nel rispetto della classe di priorità indicata dal Medico prescrittore, a partire dalla data di ricezione della domanda,
* che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che eroghi la prestazione entro i tempi massimi stabiliti,
* che, in caso di indisponibilità di strutture pubbliche o accreditate che possano erogare la prestazione secondo la prescrizione, la ASL provveda all’erogazione della prestazione in intramoenia, senza oneri aggiuntivi da parte mia, ai sensi del D.lgs. n. 124/1998, articolo 3, comma 13.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allego alla presente:*

* *copia della ricetta*
* *copia del documento di identità*
* *copia del promemoria/numero della prenotazione, che attesti la prima data disponibile*