



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
MODULO DI RICHIESTA D'ACCESSO AL PERCORSO DI TUTELA
Dlgs.124/1998 all'Art.3, comma 13

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome: _____ Codice Fiscale: _____
Indirizzo: _____ Telefono: _____
Email: _____ pec: _____
Carta d'Identità N° _____ rilasciata in data _____ da _____

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE RICHIESTA
(Specificare il numero della prescrizione)

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

- Impossibilità di accesso nei tempi previsti dal SSN

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della normativa di riferimento e di essere consapevole che la presente richiesta sarà valutata dall'Azienda Sanitaria competente ai fini dell'autorizzazione alla prestazione.

Data: ____/____/____

Firma: _____

Allegare:

- Copia del documento d'identità;
- Copia dell'impegnativa relativa alla richiesta;
- Copia del promemoria di prenotazione effettuata

Per l'UFFICIO:

Esito: ☐ Autorizzata ☐ Non autorizzata Note: _____

Firma del Responsabile: _____