



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

inviare all'indirizzo email: [percorsoditutela@asppalermo.org](mailto:percorsoditutela@asppalermo.org)

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: \_\_\_\_\_