

**ISTANZA PER PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE
IN REGIME DI PERCORSO DI TUTELA (AI SENSI DELL'ART. 3 DEL DECRETO LEGISLATIVO 124/1998)
PER I CITTADINI ASSISTITI DELL'ASL TO4**



A.S.L. TO4
Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

All'ASL TO4
tramite Settore Relazioni con il Pubblico (URP)
Indirizzo e-mail: tempiattesa@aslto4.piemonte.it

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679

I dati riportati nella presente istanza saranno trattati, anche in forma elettronica, nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy e utilizzati esclusivamente per il raggiungimento delle finalità della stessa istanza.

L'**informativa estesa** è pubblicata nella sezione "Utile conoscere – Privacy" del sito web dell'ASL TO4 www.aslto4.piemonte.it (alla voce "Informativa ai cittadini prevista dagli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo")

La/il sottoscritta/o Cognome _____ Nome _____
Nata/o a _____ il _____ Codice fiscale _____
Domicilio in via _____ n° _____
Città _____ Prov _____ Cap _____
Telefono _____ Cellulare _____ Email _____

IN QUALITA' DI

- ☐ interessata/o
- ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale (compilare e sottoscrivere la sottostante autocertificazione)
- ☐ tutore (compilare e sottoscrivere la sottostante autocertificazione)
- ☐ amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute (compilare e sottoscrivere la sottostante autocertificazione)

Autocertificazione (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____
residente in _____ via _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro di essere:

- ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale
☐ tutore
☐ amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

della/del diretta/o interessata/o Sig.ra/Sig. _____ nata/o il _____
residente in _____ via _____ n° _____
Luogo e data _____ Firma _____

Nel caso in cui presenti l'istanza il **genitore esercente la responsabilità genitoriale**, il **tutore** o l'**amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute**, è necessario compilare i dati che seguono relativi all'interessata/o:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ il _____ Codice fiscale _____

Domicilio in via _____ n° _____

Città _____ Prov _____ Cap _____

PREMESSO

- che in data _____ è stato prescritto il seguente esame/visita _____
_____ con priorità prescrizione (B,D,P) _____
- che nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (in qualsiasi sede della Regione Piemonte, non solo dell'ASL TO4) non è stato possibile prenotare nei tempi previsti dalla classe di priorità indicata dal medico prescrittore
- che dal promemoria di prenotazione CUP risulta la data del _____ presso la sede

Eventuali note aggiuntive _____

CHIEDE

che la prestazione sia erogata in regime di **percorso di tutela** nell'ambito del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali ai sensi dell'**articolo 3 del Decreto Legislativo 124/1998**. A tale fine:

- ☐ **è consapevole** che l'ASL è tenuta innanzitutto a effettuare un'ulteriore ricerca nella piattaforma del CUP Regionale secondo il codice di priorità clinica assegnato dal medico prescrittore e i criteri previsti dal sistema di prenotazione regionale (1. ricerca del primo posto disponibile presso l'ASL TO4; 2. ricerca di disponibilità alternative presso i privati accreditati presenti sul territorio dell'ASL TO4; 3. ricerca di disponibilità alternative in zone limitrofe; 4. ricerca di disponibilità alternative nell'intero territorio regionale). Pertanto, qualora al termine della ricerca effettuata fosse possibile prenotare la prestazione nel rispetto dei tempi previsti dal codice di priorità (indipendentemente dalla sede, anche nell'intero territorio regionale), l'ASL deve procedere immediatamente con la prenotazione o con lo spostamento della prenotazione e non sarà più possibile tornare alla prenotazione precedente
- ☐ **accetta** che, al termine della ricerca sopra indicata, la prenotazione possa essere spostata dall'ASL nel primo posto utile che soddisfi la tempistica del codice di priorità (indipendentemente dalla sede, anche nell'intero territorio regionale) senza più poter tornare alla prenotazione precedente.

(Esplicitare l'assenso a quanto sopra indicato altrimenti l'ASL non potrà procedere).

Al termine della ricerca sopra indicata, qualora l'ASL non riuscisse a soddisfare la richiesta di prenotazione entro la tempistica prevista, a seguito di un'ulteriore verifica (anche in ordine all'appropriatezza della prescrizione), erogherà la prestazione, in ultima istanza anche nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria.

Data _____ Firma _____

(dell'interessata/o o di chi ne fa le veci)

ALLEGA:

- Copia del documento di identità/riconoscimento in corso di validità della/del firmataria/o (l'interessata/o oppure chi ne fa le veci, cioè il genitore esercente la responsabilità genitoriale o tutore o amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute)
- Copia della prescrizione medica
- Copia del promemoria di prenotazione.

Ai sensi dell'articolo 4 della Legge 241/1990, le **unità organizzative responsabili del procedimento** sono:

- l'Ufficio Relazioni Esterne-Settore Relazioni con il Pubblico (URP), e-mail tempiattesa@aslto4.piemonte.it, per quanto riguarda l'istruttoria e la ricerca sopra indicata nell'ambito della piattaforma del CUP Regionale e fino all'eventuale trasmissione dell'istanza alla Direzione Medica Ospedaliera di riferimento;
- la Direzione Medica Ospedaliera di riferimento (in base al domicilio sanitario del cittadino richiedente) per l'erogazione della prestazione, qualora al termine della ricerca sopra indicata non fosse possibile soddisfare la richiesta di prenotazione entro la tempistica prevista dal codice di priorità clinica:
Direzione Medica Ospedaliera Chivasso: direzionesanitaria.chivasso@aslto4.piemonte.it
Direzione Medica Ospedaliera Ciriè: direzionesanitaria.cirie@aslto4.piemonte.it
Direzione Medica Ospedaliera Ivrea: direzionesanitaria.ivrea@aslto4.piemonte.it