

**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](mailto: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](http://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)

#### ALLEGÀ:

- copia della prescrizione medica
- informativa sul trattamento dei dati personali degli utenti/pazienti datata e firmata
- copia del documento di identità in corso di validità
- copia della tessera sanitaria in corso di validità
- eventuale 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](mailto: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](mailto:direzionesanitaria.chivasso@aslto4.piemonte.it)

Direzione Medica Ospedaliera Ciriè: [direzionesanitaria.cirie@aslto4.piemonte.it](mailto:direzionesanitaria.cirie@aslto4.piemonte.it)

Direzione Medica Ospedaliera Ivrea: [direzionesanitaria.ivrea@aslto4.piemonte.it](mailto:direzionesanitaria.ivrea@aslto4.piemonte.it)