

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p align="center">MODULO DI MANCATA DISDETTA DI PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONE SANITARIA</p> <p align="center">MOD01.727.DAM01.40701/REG.02</p>	<p align="center">Ed.1 Rev. 03 2024</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

**Modulo di mancata disdetta di prenotazione di prestazione sanitaria
per cause di forza maggiore o gravi impedimenti**

(D.Lgs 124/1998 art. 3 comma 15, della D.G.R. n. XI/1046/2018 e Decreto Legge n. 73/2024 art. 3 comma 7 convertito, con modificazioni, in Legge n.107/2024)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ c.f. _____, residente a _____
via _____ n. _____ CAP _____ prov. _____
indirizzo e-mail o PEC _____ n. tel. (fisso o
mobile) _____

- in qualità di **diretto interessato**
 in qualità di **genitore di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno** di: (cognome e nome) _____ nato/a _____ a _____
 _____ il _____ c.f. _____.

CHIEDE

DI NON DOVER EFFETTUARE ALCUN PAGAMENTO RELATIVAMENTE ALLA PRENOTAZIONE

N. _____ DA EFFETTUARE IL _____

DI CUI ALL'EVENTUALE LETTERA PROT. N. _____ DEL _____

In quanto:

- HA EFFETTUATO LA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE NEI TERMINI PREVISTI**

Disdetta n. _____ del _____

- NON HA EFFETTUATO LA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE per il seguenti motivo che ha interessato:**

- SE STESSO/A**

<p><input type="checkbox"/> ricovero presso struttura sanitaria (allegare documento che certifichi o attesti il ricovero – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> accesso al Pronto Soccorso (allegare documento che certifichi o attesti l'accesso o la sola parte del verbale contenente l'indicazione della struttura, i dati anagrafici e la data di accesso – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> prestazione specialistica effettuata in urgenza presso struttura sanitaria (allegare copia di attestazione di presenza in struttura – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> motivi di salute (allegare copia di certificazione medica – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> nascita figlio/a avvenuta nei due giorni precedenti la data della prestazione (allegare dichiarazione sostitutiva del certificato di nascita con indicazione di nome e cognome del neonato, data e luogo di nascita, Comune presso il cui Ufficio di Stato Civile è stata fatta la registrazione);</p> <p><input type="checkbox"/> lutto familiare verificatosi nei due giorni precedenti la data della prestazione (allegare dichiarazione sostitutiva del certificato di morte con indicazione di nome e cognome del soggetto deceduto, data e luogo del decesso, Comune presso il cui Ufficio di Stato Civile è stata fatta la dichiarazione di morte, tipo di rapporto o relazione esistente, tra: coniugi, convivenza, parentela fino al II grado);</p> <p><input type="checkbox"/> incidente stradale avvenuto nelle sei ore precedenti la data della prestazione (indicare le seguenti informazioni: n. verbale _____ del _____ Autorità verbalizzante: _____ o allegare altra documentazione idonea a comprovare l'evento);</p> <p><input type="checkbox"/> altra causa di forza maggiore che ha impedito di sottoporsi alla prestazione: stati o motivi ritenuti incompatibili con l'esecuzione della prestazione (allegare dichiarazione o documentazione comprovante – <i>vd. Nota</i>); furto (indicare le seguenti informazioni: data del furto _____ data denuncia _____ n. denuncia _____ Autorità _____ alla quale è stata presentata la denuncia _____); calamità naturale (<i>specificare:</i> _____); altro (<i>specificare:</i> _____).</p>

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p align="center">MODULO DI MANCATA DISDETTA DI PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONE SANITARIA</p> <p align="center">MOD01.727.DAM01.40701/REG.02</p>	<p align="center">Ed.1 Rev. 03 2024</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

ALTRO SOGGETTO, al quale il dichiarante ha prestato assistenza:

(indicare nome e cognome e tipo di rapporto: coniuge, convivente appartenente allo stesso nucleo familiare, parente entro il II grado)

<p><input type="checkbox"/> ricovero presso struttura sanitaria (allegare documento che certifichi o attesti il ricovero – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> accesso al Pronto Soccorso (allegare documento che certifichi o attesti l'accesso o la sola parte del verbale contenente l'indicazione della struttura, i dati anagrafici e la data di accesso – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare copia di attestazione di presenza in struttura – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> motivi di salute per i quali è stato necessario prestare diretta assistenza (allegare copia di certificato medico – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> incidente stradale avvenuto nelle sei ore precedenti la data della prestazione (indicare le seguenti informazioni: n. verbale _____ del _____ autorità verbalizzante _____ o allegare altra documentazione idonea a comprovare l'evento);</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____ (specificare: _____).</p>

L'ASST Pavia, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa istanze utenti" pubblicata nel sito aziendale <https://www.asst-pavia.it/node/26094> in quanto applicabile.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Tale modulo è da inviare, debitamente compilato, all'indirizzo mail:
mancatadisdetta@asst-pavia.it, correlato da tutta la documentazione necessaria.

Nota – La documentazione che si produce deve contenere le sole informazioni indispensabili per far valere una delle cause di giustificazione della mancata disdetta; non essendo richiesti dati o informazioni strettamente attinenti allo stato di salute (es. anamnesi, esame obiettivo, diagnosi, motivi di accesso alle prestazioni, ecc.), è onere dell'interessato provvedere all'oscuramento degli stessi, se presenti.