

ISTANZA PER LA PRESTAZIONE IN REGIME DI ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

EGR. DIR. GEN. DELL'AZIENDA SANITARIA _____

Il sottoscritto _____ nato a _____

e residente in _____ via/piazza _____ n _____

codice fiscale _____

PREMESSO CHE

- In data _____ il medico, dott. _____ mi ha prescritto la prestazione _____
- In data _____, dopo aver tentato di prenotare la prestazione, mi è stata comunicata l'impossibilità di procedere alla prenotazione prima del _____
- In forza del d.lgs. n.124/1998 è mio diritto conoscere i tempi massimi intercorrenti tra la richiesta di prestazioni e la loro erogazione e di usufruire, nel caso di impossibilità di rispettare i predetti tempi, di attività libero- professionali in regime intramoenia.

Tutto ciò premesso, CHIEDO

Che la prestazione da me richiesta sia resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con onere a carico del servizio sanitario nazionale e che mi venga fornita tempestiva comunicazione in merito, avvisando che in difetto la predetta prestazione verrà effettuata privatamente con successiva richiesta di rimborso a carico di codesta azienda.

Lì _____, _____

Firma _____

Allegati:

- *Copia richiesta di prestazione*
- *Copia comunicazione CUP*