**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. m.124/1998 è mio diritto conoscerei 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*