

ALLEGATO a

Al Direttore UOC Relazioni con il
Pubblico ASL NAPOLI 3 Sud

Oggetto: Richiesta di inserimento percorso di garanzia

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

via _____ tel. _____

E-mail _____

CHIEDE

L'inserimento nel percorso di garanzia e a tal fine

DICHIARA

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

□ che in data _____ ho tentato di prenotare tramite il Cup dell'ASL Napoli 3 la prestazione

_____ come da copia Voucher prenotazione che obbligatoriamente allego, e pertanto di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti.

DICHIARA ALTRESÌ

di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

di sapere che l'Azienda ASL Napoli 3 Sud si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000)

A tal fine allega alla presente:

fotocopia della stampa della ricevuta di prenotazione sul CUP

fotocopia dell'impegnativa prescrizione medica;

fotocopia del documento di identità in corso di validità;

fotocopia della tessera sanitaria;

Si Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d Codice Privacy), nonché della regolamentazione ASL 8 Cagliari al riguardo, al fine della presente istanza.

Data _____

Firma _____