

RICHIESTA DI ATTESTAZIONE PER MANCATA FRUIZIONE DELLA PRESTAZIONE

Al Direttore del Distretto Sanitario n°.....

Al Direttore Medico del Presidio Ospedaliero .....

Al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Con la presente, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, C.F.....

Chiede il rilascio di un certificato che attesti di non aver usufruito della prestazione per (barrare con una X):

- Disdetta effettuata entro i tempi richiesti;
- Avvenuto decesso dell'interessato (eredi);
- Lutto per decesso di familiare (fino al secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare nel caso in cui l'evento si verifichi entro due giorni lavorativi antecedenti alla data della prestazione);
- Ricovero in una struttura sanitaria P.S. o per motivi di salute (attestati dal medico curante) avendo riguardo all'interessato stesso oppure a familiari entro il secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare;
- Incidente stradale (attestato con modulo di constatazione amichevole, attestazione della compagnia assicurativa, fattura servizio trasporto stradale);
- Motivi non imputabili allo stesso/a.

Si allega copia della documentazione comprovante.

Si allega copia della prenotazione effettuata.

Luogo e data

Firma