

ALLEGATO A

**ISTANZA PER PRESTAZIONE DI PRIMO ACCESSO
IN REGIME DI PERCORSO DI TUTELA**

Al Direttore Generale
Tramite
Ufficio per le Relazioni con il Pubblico
ASL 3 Nuoro Via Amerigo Demurtas, n. 1
Indirizzo mail: urp.nuoro@aslnuoro.it

Oggetto: istanza per prestazione di primo accesso in regime di percorso di tutela.

Il /la sottoscritt_____ nat a _____ il ___/___/_____
Codice fiscale _____ residente a _____
via _____ n. _____ tel. _____
email _____

IN QUALITA' DI

Diretto interessato Genitore del minore Tutore/curatore Altro

Cognome _____ Nome _____ cod. fisc. _____

PREMESSO

- Che in data _____ è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico o visita specialistica): _____;
- Che dal foglio di prenotazione CUP (allegato alla presente) o dal numero di prenotazione, risulta la data del _____;

CHIEDE

- Che la prestazione sia erogata entro i tempi massimi stabiliti nel piano di governo delle liste d'attesa o dalle indicazioni del medico prescrittore;
- che l'Azienda Asl di Nuoro provveda ad individuare una struttura pubblica o convenzionata che eroghi la prestazione entro i tempi massimi stabiliti;
- che in caso di indisponibilità di strutture pubbliche o convenzionate che possano erogare la prestazione secondo la prescrizione, la ASL provveda all'erogazione della prestazione in intramoenia, ai sensi del decreto legislativo n.124/1998 art.3, comma 13;

Si allega al presente modulo:

- documento di identità fronte e retro in corso di validità;
- copia dell'impegnativa;

Data _____

Firma _____