

SPORTELLO di ..... li, .....

All'Uff. Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

.....

Oggetto: **ISTANZA PER LA PRESTAZIONE IN REGIME DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA.**

Il/la sottoscritto .....

Nato/a a ..... il.....

Residente a.....in via.....

C.F. ....

In data.....si è rivolto/a al .....

per chiedere di prenotare la seguente prestazione sanitaria:

.....

per sè stesso/a       per conto terzi

ricetta n. .... classe di priorità .....

la prestazione è stata prenotata il giorno: ..... a.....

la prestazione non è stata prenotata a causa di : .....

Poiché tale circostanza ritarda l'erogazione della prestazione richiesta oltre i tempi previsti dai LEA regionali, con il rischio di danneggiare il mio stato di salute,

**CHIEDO**

di poter effettuare tale visita/esame in REGIME DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA a spese del Servizio Sanitario Nazionale, conformemente a quanto stabilito dal DL n.124/1998, art.3, punto 12 e dalla normativa regionale di recepimento del PNGLA.

Firma: .....

Il/la sottoscritto/adichiara di essere stato informato/a che i suoi datipersonali, saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali ( GDPR - Regolamento UE n. 679 / 2016 )

Firma: .....