

# MODULO

**(da consegnare a mano o inviare all'URP della Asl)**

**Al Direttore Generale**

dell'Azienda Sanitaria (o Ospedaliera) \_\_\_\_\_

**Oggetto:** *Istanza per prestazione in regime di attività libero professionale intramuraria.*

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. : \_\_\_\_\_.

**Premesso**

- che in data \_\_\_\_\_ gli è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica): \_\_\_\_\_
- che in data \_\_\_\_\_ il CUP ha comunicato l'impossibilità di fare la prenotazione richiesta prima del \_\_\_\_\_
- che il predetto accertamento riveste carattere di urgenza incompatibile con i tempi di attesa

**Atteso** che codesta Azienda non ha dato alcun riscontro alla citata richiesta la cui natura di urgenza è incompatibile con i tempi di attesa previsti;

**Tutto ciò premesso**

Il sottoscritto chiede

che la prestazione richiesta sia resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con onere a carico del SSN ai sensi del D.Lgs. 124/98, art. 3, co. 13 e che a tale richiesta la ASL dia tempestiva risposta

e avvisa che

In caso di inadempienza la predetta prestazione verrà effettuata privatamente con successiva richiesta di rimborso da parte di codesta ASL al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

All 1 Copia richiesta di prestazione

All 2 Copia comunicazione CUP