

OGGETTO: RICHIESTA DI NON APPLICAZIONE DELLA PENALE PER MANCATA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE

Il sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____
Codice Fiscale _____ nato/a nel Comune di _____ Prov. _____ in data ____/____/_____
/_____/_____/_____ residente nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
alla Via _____ n. _____ recapito telefonico cellulare _____ recapito
telefonico fisso _____ indirizzo di posta elettronica _____ o indirizzo di Posta
Elettronica Certificata (PEC) _____

- in qualità di diretto interessato
- in qualità di genitore (con potestà legale) del minore (*cognome e nome*) _____ nato/a nel
Comune di _____ Prov. _____ in data ____/____/_____
 in qualità di erede di (*cognome e nome*) _____ nato/a nel Comune di
_____ Prov. _____ in data ____/____/_____ e deceduto/a in data ____/____/_____ nel Comune
di _____ Prov. _____ (*allegare autocertificazione nelle forme di legge*)
- in qualità di tutore / curatore / amministratore di sostegno di (*cognome e nome*) _____
_____ nato/a nel Comune di _____ Prov. _____ in data ____/____/_____
(*allegare autocertificazione nelle forme di legge*)

CHIEDE

che codesta Amministrazione non proceda all'applicazione della penale per mancata disdetta, entro i termini di legge,
relativa alla prenotazione della prestazione specialistica n. _____ del ____/____/_____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali cui può andare
incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità di non
aver disdetto la prenotazione per uno dei seguenti motivi che si autocertificano:

- Lutto** per coniuge, per conviventi facenti parte dello stesso nucleo familiare, parenti ed affini entro il secondo grado,
accaduto entro due giorni antecedenti la data della prestazione:
Cognome _____ Nome _____ deceduto/a il ____/____/_____
nel Comune di _____ prov. _____ grado di parentela / affinità / coniugio / convivenza (*specificare quale
condizione*) _____ (*autocertificazione*)
- Nascita di figlio/a** entro due giorni antecedenti la data della prestazione:
Cognome _____ Nome _____ nato/a il ____/____/_____ nel
Comune di _____ prov. _____ (*autocertificazione*)

oppure

DICHIARA

di non aver disdetto la prenotazione per uno dei seguenti motivi di cui si allega documentazione:

- Malattia come da:**
- certificato per incapacità temporanea al lavoro (*allegare il certificato medico trasmesso all'INPS - rif. lettera h art. 45 ACN medicina generale*)
 - certificato di riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna ed alle scuole secondarie superiori (*allegare il certificato medico del Medico Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta - rif. lettera f) art. 45 ACN medicina generale e lettera g) art. 44 ACN pediatri di libera scelta - indicare la scuola*);
Denominazione Istituto Scolastico _____ con sede in _____ alla
via _____.

certificato ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino che frequenta la scuola dell'obbligo, gli asili nido, la scuola materna e le scuole secondarie superiori (*allegare il certificato trasmesso al datore di lavoro ed indicare il datore di lavoro - rif. lettera g) art. 44 ACN pediatri di libera scelta*)
Denominazione/Ragione Sociale del datore di lavoro _____ con sede in _____ alla via _____.

Ricovero presso una struttura sanitaria:

di essere stato ricoverato/a presso la struttura sanitaria (*indicare*) _____ presso il Comune di _____ Prov. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ (*allegare certificato di ricovero se presso una struttura non aziendale o privata accreditata*)

Accesso al Pronto Soccorso:

di aver effettuato l'accesso al Pronto Soccorso dell'Ospedale (*indicare*) _____ di _____ il giorno ____/____/____ alle ore ____:____ (*allegare certificato di Pronto Soccorso se presso struttura non aziendale*)

Altra prestazione specialistica effettuata in urgenza:

di aver effettuato una prestazione specialistica urgente presso la struttura sanitaria (*indicare*) _____ di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ (*allegare documentazione attestante la prestazione urgente*)

Incidente stradale (senza accesso al Pronto Soccorso) occorso entro le 6 (sei) ore antecedenti la prestazione:

di essere stato/a coinvolto/a in un sinistro stradale presso il Comune di _____ Prov. _____ il giorno ____/____/____ alle ore ____:____ (*allegare documentazione intervento Autorità di P.S.*)

Calamità naturale (*specificare tipologia*) _____ occorsa in data ____/____/____ (*allegare idonea documentazione*)

Sciopero generale dei mezzi pubblici proclamato in data ____/____/____ (*allegare idonea documentazione*)

DICHIARA

1. di essere consapevole che la ASL TA effettua i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive come previsto per Legge;
2. che ogni comunicazione relativa alla presente istanza deve essere inviata al seguente recapito, impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione:

PEC _____@_____

Indirizzo di posta elettronica _____@_____

ALLEGA

La seguente documentazione (originale o copia conforme all'originale)

1. _____;
2. _____;
3. Copia del documento d'identità in corso di validità

Data

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa fornitami dall'ASL TA a mezzo sito istituzionale, monitor o altra modalità, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. ii., il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____ presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici, per le finalità istituzionali connesse alla gestione della presente procedura.

Data

Firma