

Spett.le ASL TA  
 Ufficio Recupero Crediti - S.S.D. Affari Generali  
 Viale Virgilio n. 31  
 74121 Taranto  
 PEC: [protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)

## RICHIESTA DI NON APPLICAZIONE DELLA PENALE PER MANCATA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ recapito telefonico cellulare \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico fisso \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica  
 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)  
 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- in qualità di diretto interessato/a
- in qualità di genitore (con potestà legale) del minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a  
 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- in qualità di erede di (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a  
 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e deceduto/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ nel Comune di  
 \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ (allegare autocertificazione nelle forme di legge)
- in qualità di tutore / curatore / amministratore di sostegno di (cognome e nome)  
 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (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, conviventi facenti parte dello stesso nucleo familiare, parenti ed affini entro il secondo grado, per decesso 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*)

attestazione di assenza da scuola per malattia (*allegare stampa del registro elettronico contenente il motivo dell'assenza – rif. Art. 28 della legge regionale 30 dicembre 2020, n.35 recante "Disposizioni sulla semplificazione delle certificazioni sanitarie in materia di tutela della salute in ambito scolastico"*)  
Denominazione Istituto Scolastico \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_.

certificato ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del minore 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 ricovero se presso una 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*)

 **Covid-19:** positività al tampone riscontrata entro due giorni antecedenti la data della prestazione:

di essere risultato/a positivo/a al tampone Covid-19 il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (*allegare certificazione Covid-19*)

 **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 \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Data .....

Firma **v** .....

**ALLEGA**

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

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

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs 30/06/2023 n 196 e successive modifiche e integrazioni.

Data .....

Firma **v** .....