

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

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**.....