

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p><b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Pavia</b></p>	<p align="center"><b>RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DI SANZIONE AMMINISTRATIVA PER MANCATA DISDETTA DI PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONE SANITARIA</b></p> <p align="center">MOD01.727.DAM01.53201/REG.01</p>	<p align="center">Ed.1 Rev. 02 2024</p>
--	--	---

**Richiesta di annullamento di sanzione amministrativa per mancata disdetta di prenotazione di prestazione sanitaria**

(D.Lgs 124/1998 art. 3 comma 15, della D.G.R. n. XI/1046 del 17/12/2018)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail o PEC \_\_\_\_\_ n. tel. (fisso o mobile) \_\_\_\_\_

- in qualità di **diretto interessato**  
 in qualità di **genitore di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno** di: (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

**L'ANNULLAMENTO DELLA SANZIONE AMMINISTRATIVA**

**RELATIVAMENTE ALLA PRENOTAZIONE N. \_\_\_\_\_ DA EFFETTUARE IL \_\_\_\_\_**  
**DI CUI AL VERBALE PROT. N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**

In quanto:

- HA EFFETTUATO LA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE NEI TERMINI PREVISTI**

*Disdetta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_*

- NON HA EFFETTUATO LA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE per il seguenti motivo che ha interessato:**

- SE STESSO/A**

<input type="checkbox"/> <b>ricovero presso struttura sanitaria</b> (allegare documento che certifichi o attesti il ricovero – <i>vd. Nota</i> ); <input type="checkbox"/> <b>accesso al Pronto Soccorso</b> (allegare documento che certifichi o attesti l'accesso o la sola parte del verbale contenente l'indicazione della struttura, i dati anagrafici e la data di accesso – <i>vd. Nota</i> ); <input type="checkbox"/> <b>prestazione specialistica effettuata in urgenza presso struttura sanitaria</b> (allegare copia di attestazione di presenza in struttura – <i>vd. Nota</i> ); <input type="checkbox"/> <b>motivi di salute</b> (allegare copia di certificazione medica – <i>vd. Nota</i> ); <input type="checkbox"/> <b>nascita figlio/a avvenuta nei due giorni precedenti la data della prestazione</b> (allegare dichiarazione sostitutiva del certificato di nascita con indicazione di nome e cognome del neonato, data e luogo di nascita, Comune presso il cui Ufficio di Stato Civile è stata fatta la registrazione); <input type="checkbox"/> <b>lutto familiare verificatosi nei due giorni precedenti la data della prestazione</b> (allegare dichiarazione sostitutiva del certificato di morte con indicazione di nome e cognome del soggetto deceduto, data e luogo del decesso, Comune presso il cui Ufficio di Stato Civile è stata fatta la dichiarazione di morte, tipo di rapporto o relazione esistente, tra: coniugi, convivenza, parentela fino al II grado); <input type="checkbox"/> <b>incidente stradale avvenuto nelle sei ore precedenti la data della prestazione</b> (indicare le seguenti informazioni: n. verbale _____ del _____ Autorità verbalizzante: _____ o allegare altra documentazione idonea a comprovare l'evento); <input type="checkbox"/> <b>altra causa di forza maggiore che ha impedito di sottoporsi alla prestazione:</b> stati o motivi ritenuti incompatibili con l'esecuzione della prestazione (allegare dichiarazione o documentazione comprovante – <i>vd. Nota</i> ); furto (indicare le seguenti informazioni: data del furto _____ data denuncia _____ n. denuncia _____ Autorità _____ alla quale è stata presentata la denuncia _____); calamità naturale ( <i>specificare:</i> _____); altro( <i>specificare:</i> _____).
--

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p><b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Pavia</b></p>	<p><b>RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DI SANZIONE AMMINISTRATIVA PER MANCATA DISDETTA DI PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONE SANITARIA</b></p> <p><b>MOD01.727.DAM01.53201/REG.01</b></p>	<p><b>Ed.1</b> <b>Rev. 02</b> <b>2024</b></p>
--	---	---

**ALTRO SOGGETTO, al quale il dichiarante ha prestato assistenza:**

*(indicare nome e cognome e tipo di rapporto: coniuge, convivente appartenente allo stesso nucleo familiare, parente entro il II grado)*

<p><input type="checkbox"/> <b>ricovero presso struttura sanitaria</b> (allegare documento che certifichi o attesti il ricovero – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> <b>accesso al Pronto Soccorso</b> (allegare documento che certifichi o attesti l'accesso o la sola parte del verbale contenente l'indicazione della struttura, i dati anagrafici e la data di accesso – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> <b>prestazione specialistica effettuata in urgenza</b> (allegare copia di attestazione di presenza in struttura – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> <b>motivi di salute per i quali è stato necessario prestare diretta assistenza</b> (allegare copia di certificato medico – <i>vd. Nota</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> <b>incidente stradale avvenuto nelle sei ore precedenti la data della prestazione</b> (indicare le seguenti informazioni: n. verbale _____ del _____ autorità verbalizzante _____ o allegare altra documentazione idonea a comprovare l'evento);</p> <p><input type="checkbox"/> <b>altro</b> (specificare: _____).</p>
--

L'ASST Pavia, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa istanze utenti" pubblicata nel sito aziendale <https://www.asst-pavia.it/node/26094> in quanto applicabile.

Data \_\_\_\_\_

Firma

**ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ**

Tale modulo è da inviare, debitamente compilato, all'indirizzo mail: [mancatadisdetta@asst-pavia.it](mailto:mancatadisdetta@asst-pavia.it), correlato da tutta la documentazione necessaria.

**Nota** – La documentazione che si produce deve contenere le sole informazioni indispensabili per far valere una delle cause di giustificazione della mancata disdetta: non essendo richiesti dati o informazioni strettamente attinenti allo stato di salute (es. anamnesi, esame obiettivo, diagnosi, motivi di accesso alle prestazioni, ecc.), è onere dell'interessato provvedere all'oscuramento degli stessi, se presenti.