AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

ALLEGATO A

ISTANZA DI ACCESSO AL PERCORSO DI GARANZIA

(Tutti i campi del modulo sono obbligatori)

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a a _____ (___) il___/___/_____

C.F._____ residente in _____ (___) CAP_____ in via _____

tel._____ E-mail/PEC _____

In caso di delega o rappresentanza legale, indicare nella documentazione allegata i dati dell'assistito e del rappresentante o delegato.

DICHIARA

- di aver richiesto al CUP, in data ___/___/_____, la prenotazione di una prestazione specialistica di primo accesso, senza disponibilità nei tempi massimi previsti;
- che l'indisponibilità nei tempi massimi non deriva da preferenze di sede, data o professionista;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente rinunce, prenotazioni o erogazioni della medesima prestazione tramite altri canali e variazioni dei recapiti.

Termini (art. 5): B entro 2 giorni lavorativi; D e P entro 5 giorni lavorativi, dal giorno lavorativo successivo al primo contatto documentato con il CUP (esclusi sabati, domeniche e festivi). Le istanze tardive sono comunque valutate. Classe U: presa in carico immediata.

Classe di priorità indicata nella prescrizione (barrare la casella):

B		D		P	

RICHIEDE

l'attivazione del percorso di garanzia, previa verifica dei requisiti previsti dal Regolamento aziendale.

PRENDE ATTO

che l'accesso al percorso non autorizza il ricorso autonomo al privato e che, per le modalità alternative attivate dall'Azienda, è previsto il pagamento del solo eventuale ticket.

Documentazione allegata:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia della tessera sanitaria;
- Copia della prescrizione sanitaria;
- Documentazione attestante l'avvenuta prenotazione o l'esito della richiesta di prenotazione effettuata tramite CUP, comprensiva della prima disponibilità eventualmente rilevata;
- Delega o documentazione della rappresentanza legale, ove ricorra.

Trasmettere l'istanza e i relativi allegati a **percorsodigaranzia@pec.aslnapoli2nord.it** o **percorsodigaranzia@aslnapoli2nord.it**. In caso di impossibilità, consegnare la documentazione presso gli sportelli CUP aziendali (esclusi i punti esterni convenzionati, comprese le farmacie).

Dichiara di aver preso visione dell'informativa aziendale sul trattamento dei dati personali (art. 13, Regolamento (UE) 2016/679).

Data ___/___/_____ Firma per esteso