

**A.S.L. NO**Azienda Sanitaria Locale
di NovaraSede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111
P.IVA: 01522670031
www.asl.novara.it**Richiesta di annullamento di sanzione amministrativa per mancata disdetta di prenotazione di prestazione sanitaria**

(D.L. 73/2024 conv. In L. 107/2024)

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 MANCATA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE N° _____ DA EFFETTUARE IL _____

DI CUI ALLA NOTA AGENZIA ENTRATE RISCOSSIONE PROT. N. _____ DEL _____

In quanto:

- ☐ HA EFFETTUATO LA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE NEI TERMINI PREVISTI

Disdetta (allegare idonea documentazione) _____

- ☐ **NON HA EFFETTUATO LA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE per il seguente motivo:**
- ☐ **ricovero presso struttura sanitaria** (allegare documento che certifichi o attesti il ricovero – vd. Nota¹ a fondo pagina);
- ☐ **accesso al Pronto Soccorso** (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 – vd. Nota¹ a fondo pagina);
- ☐ **prestazione specialistica effettuata in urgenza presso struttura sanitaria** (allegare copia di attestazione di presenza in struttura – vd. Nota);
- ☐ **motivi di salute** (allegare copia di certificazione medica – vd. Nota¹ a fondo pagina);
- ☐ **nascita figlio/a avvenuta nei due giorni precedenti la data della prestazione** (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);
- ☐ **lutto familiare verificatosi nei due giorni precedenti la data della prestazione** (allegare dichiarazione sostitutiva del certificato di morte con indicazione di nome e cognome del defunto, 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: coniuge, convivente, parente fino al II grado);
- ☐ **incidente stradale avvenuto nelle sei ore precedenti la data della prestazione** (indicare le seguenti informazioni: n. verbale _____ del _____ Autorità verbalizzante _____ o allegare altra documentazione idonea a comprovare l'evento);
- ☐ **motivi di lavoro** (allegare dichiarazione del datore di lavoro);

www.regione.piemonte.it/sanita

**A.S.L. NO**Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma 7 – 28100 Novara

Tel. 0321 374111

P.IVA: 01522670031

www.asl.novara.it

- ☐ **altra causa di forza maggiore che ha impedito di sottoporsi alla prestazione:**
- stati o motivi ritenuti incompatibili con l'esecuzione della prestazione (*allegare dichiarazione o documentazione comprovante – vd. Nota*);
 - furto (*indicare le seguenti informazioni: data del furto _____ data denuncia _____ n. _____ Autorità alla quale è stata presentata la denuncia _____*);
 - calamità naturale (*specificare _____*);
 - altro (*specificare _____*).

☐ **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*)

- ☐ **ricovero presso struttura sanitaria** (*allegare documento che certifichi o attesti il ricovero – vd. Nota¹ a fondo pagina*);
- ☐ **accesso al Pronto Soccorso** (*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 – vd. Nota¹ a fondo pagina*);
- ☐ **prestazione specialistica effettuata in urgenza** (*allegare copia di attestazione di presenza in struttura – vd. Nota¹ a fondo pagina*);
- ☐ **motivi di salute per i quali è stato necessario prestare diretta assistenza** (*allegare copia di certificazione medica – vd. Nota¹ a fondo pagina*);
- ☐ **incidente stradale avvenuto nelle sei ore precedenti la data della prestazione** (*indicare le seguenti informazioni: n. verbale _____ del _____ Autorità verbalizzante _____ o allegare altra documentazione idonea a comprovare l'evento*);
- ☐ **altro** (*specificare _____*).

ASL NO, 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 sul sito aziendale www.asl.novara.it in quanto applicabile.

Luogo e data**Firma****ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ**

NB: Il presente modulo è da inviare, debitamente compilato, all'indirizzo PEC: protocollogenerale@pec.asl.novara.it corredato di tutta la documentazione necessaria.

Nota¹: 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.

www.regione.piemonte.it/sanita