



ALLEGATO A - MODULO DI ISTANZA ATTIVAZIONE PERCORSO DI TUTELA

(Ai sensi dell'art. 3, comma 13 del D.Lgs. 124/1998 e della Legge n.197/2024)

Al Direttore Sanitario / URP ARNAS Garibaldi – Catania

Oggetto: RICHIESTA ATTIVAZIONE PERCORSO DI TUTELA

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ () il _____
Codice Fiscale: _____
Residente a _____ Prov. () CAP _____
Indirizzo _____
Recapito Telefonico (Obbligatorio): _____
Indirizzo E-mail (Obbligatorio): _____
(Se diverso dal paziente) In qualità di (genitore/tutore/delegato) del Sig./Sig.ra: _____

PREMESSO

Che il paziente è in possesso di impegnativa del SSN per l'erogazione della seguente prestazione:

Prestazione richiesta: _____

Numero Impegnativa (NRE): _____

Data Impegnativa: _____ **Classe di Priorità:** ☐ U (72h) | ☐ B (10gg) | ☐ D (30/60gg) | ☐ P (120gg)

DICHIARA

1. Di aver contattato il CUP / Sovracup o tentato la prenotazione in data: _____
2. Che in tale occasione:
☐ Non è stata offerta alcuna disponibilità.
☐ È stata proposta/assegnata una data oltre i tempi massimi di garanzia previsti dalla classe di priorità.
Data proposta dal CUP/SovraCup: _____ (specificare data assegnata oltre soglia).
3. Di non aver rifiutato la prima data utile offerta nei tempi di legge.

CHIEDE

L'attivazione del **Percorso di Tutela** ai sensi del Regolamento Aziendale, al fine di ottenere l'erogazione della prestazione nei tempi previsti

ALLEGA

- Copia leggibile dell'impegnativa del medico curante.
- Copia del documento di identità in corso di validità.
- Copia (solo se disponibile) della ricevuta di prenotazione.

Il sottoscritto è consapevole che l'istanza sarà valutata dalla Direzione Sanitaria per la verifica dell'appropriatezza e della disponibilità e che i tempi di garanzia decorrono dalla presentazione dell'istanza completa.

Luogo e Data _____ Firma _____

ISTRUZIONI PER L'INVIO

Il modulo, compilato e firmato, e gli allegati, devono essere inviati tramite uno dei seguenti canali:

PEC: protocollo.generale@pec.ao-garibaldi.ct.it

E-MAIL: urp@arnasgaribaldi.it

(Inserire nell'oggetto della mail: "RICHIESTA ATTIVAZIONE PERCORSO DI TUTELA - Nome Cognome Paziente")

CONSEGNA A MANO: Presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dei Presidi ospedalieri aziendali.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs 196/2003 I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.