

ATTIVAZIONE PERCORSO DI TUTELA

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

in qualità di

diretto interessato familiare amministratore di sostegno / tutore

di:

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

PREMESSO

- che in data _____ è stato prescritto il seguente esame/vista _____
_____ con priorità prescrizione (B,D,P)
_____ rientrante nelle prestazione a cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA)
- che nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (in qualsiasi sede della Regione Piemonte, non solo dell'ASL CN1) non è stato possibile prenotare nei tempi previsti dalla classe di priorità indicata dal medico prescrittore o che la prenotazione risulta essere stata effettuata attraverso _____ il _____ con tempo di attesa superiore a quello previsto

CHIEDE

che la prestazione sia erogata in regime di **percorso di tutela** nell'ambito del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Legislativo 124/1998 e a quanto disposto dalla Regione Piemonte con nota prot. 93442 del 25/06/2024.

A tal fine **si informa** che l'AslCn1 procederà:

- ad effettuare un'ulteriore ricerca nella piattaforma del CUP Regionale secondo il codice di priorità clinica assegnato dal medico prescrittore e in base ai criteri previsti dal sistema di prenotazione regionale (1. ricerca del primo posto disponibile presso l'ASL CN1; 2. ricerca di disponibilità alternative presso i privati accreditati presenti sul territorio dell'ASL CN1; 3. ricerca di disponibilità alternative in zone limitrofe; 4. ricerca di disponibilità alternative nell'intero territorio regionale). Qualora, al termine della ricerca effettuata, fosse possibile prenotare la prestazione nel rispetto dei tempi previsti dal codice di priorità (indipendentemente dalla sede, anche nell'intero territorio regionale), l'ASL procederà immediatamente con la prenotazione o con lo spostamento della prenotazione già in essere. Si evidenzia che non sarà più possibile tornare alla prenotazione precedente.
- a comunicare tramite sms (al numero presente negli applicativi di prenotazione) e via e-mail l'avvenuta prenotazione attraverso l'invio del promemoria. Qualora vi sia la mancanza di tali dati sarà cura degli sportellisti contattare telefonicamente lo scrivente.

Si ricorda che è a carico dello scrivente l'eventuale cancellazione dell'appuntamento che può essere effettuata al numero CUP Regionale 800.000.500; utilizzando i servizi on line www.salutepiemonte.it o l'App "Cup Piemonte"; presso qualsiasi sportello di prenotazione Aslcn1.

Si evidenzia che, al fine di migliorare il processo comunicativo tra prescrittore ed erogatore delle prestazioni sanitarie l'Azienda si riserva di informare il medico di assistenza primaria dell'iter in corso.

Si precisa infine che gli utenti, ai sensi del DGR n. 14-10073 del 28/07/2003, devono comunicare l'impossibilità ad effettuare la prestazione entro 2 giorni lavorativi precedenti all'erogazione della stessa. In caso di mancata disdetta di un appuntamento nei tempi previsti senza giustificato motivo, il cittadino dovrà pagare una sanzione pari al costo tariffario della prestazione, anche se è esente dal pagamento del ticket.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Copia del documento di identità/riconoscimento in corso di validità della/del firmataria/o (l'interessata/o e di chi ne fa le veci, cioè il genitore esercente la responsabilità genitoriale o tutore o amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute o persona delegata)
- Copia della prescrizione medica
- Copia del promemoria di prenotazione se presente

Per garantire l'imparzialità e la trasparenza dell'azione amministrativa i dati e le informazioni aggiuntive inserite nell'invio della pratica (rispetto a quelle espressamente richieste) non verranno tenute in considerazione anche alla luce del l D.lgs n. 196/2003 e ss.mm.ii. e agli art. 5 e 13 del Reg. UE 2016/679 con particolare riferimento al principio di minimizzazione dei dati personali.

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ Firma _____

DELEGA

presentazione percorso di tutela

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
in qualità di _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

A OPERARE PER PROPRIO CONTO:

- nella presentazione del percorso di tutela presso l'Azienda Sanitaria Cn1
- nel ricevere copia della comunicazione dell'avvenuta presa in carico.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ firma leggibile _____