



**AS FO**  
Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

**GIUSTIFICATIVO PER MANCATA DISDETTA DELLE PRENOTAZIONI  
DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI  
(Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione/atto di notorietà - artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000)**

Io sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. Cell (o fisso) \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Diretto interessato
- Genitore (con la potestà legale) del minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- Tutore/Amministratore di sostegno di (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- Erede di (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000 in caso di mendaci dichiarazioni,

**di non aver disdetto la prenotazione della prestazione \_\_\_\_\_ almeno tre giorni prima dell'appuntamento ovvero di essermi trovato/a nell'impossibilità di presentarmi all'appuntamento il giorno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, per uno dei seguenti motivi:**

- Malattia**, *il giorno dell'appuntamento* (allegare certificato medico – es. giustificativo dell'assenza dal lavoro), riguardante:
  - me stesso
  - figlio/a minore
- Ricovero** presso struttura sanitaria o accesso al **Pronto Soccorso**, *il giorno dell'appuntamento*, riguardante:
  - me stesso
  - figlio/a minore
- Nascita di figlio/figlia**, *il giorno dell'appuntamento* (indicare nominativo, luogo, data di nascita del figlio/a);
- Lutto**, *il giorno dell'appuntamento*, se riguarda familiari, il coniuge o il convivente (indicare nominativo, luogo e data di nascita del deceduto);
- Errore di prenotazione/annullo**;
- Mancata erogazione** della prestazione da parte dell'Azienda;
- Altro** (precisare la circostanza): \_\_\_\_\_

Es. sciopero-ritardo treni, calamità naturali, furti, incidente, ciclo mestruale per visita ginecologica o per altre prestazioni correlate (ecografie, isteroscopia, esami urine ecc...)

**Il presente modulo dovrà essere inviato, entro 15 giorni dalla data di notifica, unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità, in una delle seguenti modalità:**

- **tramite e-mail ordinaria:** [mancata.disdetta@asfo.sanita.fvg.it](mailto:mancata.disdetta@asfo.sanita.fvg.it)
- **tramite posta ordinaria o raccomandata a:** ufficio recupero crediti – Azienda Sanitaria Friuli occidentale – Ospedale di Pordenone – Via Montereale, 24 – 33170 Pordenone

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AsFO), in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018). L'informativa completa, valevole per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l'AsFO, è pubblicata nel sito web istituzionale, sezione Trattamento e protezione dei dati personali ([https://asfo.sanita.fvg.it/azienda\\_informa/privacy.html](https://asfo.sanita.fvg.it/azienda_informa/privacy.html)).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si prega di conservare copia del presente modulo**