



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
- **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).

Data _____

Firma _____

Si prega di conservare copia del presente modulo