“Da inviare con raccomandata AR e anticipata via fax”

Al Direttore Generale

dell’Azienda Sanitaria (o Ospedaliera) …………………………………………………………………………………………….

# Oggetto: Istanza per prestazione in regime di attività libero professionale intramuraria.

Il sottoscritto ...................................................................................., nato a .........................................

il ......................, residente a ............................................., in Via ,

Cod. Fisc.: ......................................................................... .

# Premesso

* che in data / / (inserire la data della prescrizione) gli è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica): ;
* che in data / / (inserire la data in cui si chiama il CUP) il CUP ha comunicato l’impossibilità di prenotare la prestazione richiesta prima del / / ; (inserire la data comunicata dal CUP come disponibile)
* che in data / / con lettera raccomandata inviata il / / , il sottoscritto

richiedeva che la prestazione richiesta venisse resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con onere a carico del SSN ai sensi del D.Lgs. 124/98, art. 3, co. 13;

* che a tale richiesta codesta Azienda non ha dato alcun riscontro;
* che la prestazione richiesta, per la sua natura di urgenza incompatibile con i tempi di attesa previsti, si è dovuta effettuare in regime di attività libero professionale intramoenia, in data \_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, presso ;
* che per la suddetta prestazione il sottoscritto ha anticipato la somma di euro come

da fattura che si allega;

# Chiede

che la somma anticipata gli sia rimborsata da codesta Azienda, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket.

Luogo e data / / ,

Firma dell’interessato