

**RICHIESTA DI RIESAME AVVERSO IL PARERE SANITARIO DI DINIEGO PER
USUFRUIRE DEI BENEFICI, DI CUI ALLA L.R. N° 26/1991**

PARERE SANITARIO N. _____/2024, PROTOCOLLO N. _____ DEL _____
(da compilare a cura dell'Ufficio preposto)

Modalità di trasmissione:

- **email:** ricoveriextraregione@aslsassari.it;
- **pec:** distretto.ss@pec.aslsassari.it
- **consegna a mano presso l'Ufficio Sportello al Pubblico Ricoveri Extra Regione, Via Tempio n.5, Piano Terra - Sassari (Lun. 9.00/13.00 – Gio. 9.00/12.30 e 15.00/16.30)**

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fisc. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento rilasciato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga, la non veridicità del contenuto di tutte le dichiarazioni rese con la presente istanza, sotto la propria responsabilità,

dichiara:

di essere nato/a _____, il _____, di essere residente a _____, in Via _____ n. _____, di essere domiciliato/a _____ in Via _____ n. _____ recapito telefonico _____ con la presente,

chiede

per sé stesso in qualità di (specificare parentela) _____ per il proprio familiare:

Assistito _____ **Cod. Fisc.** _____,
nato/a _____, **il** _____ **residente a** _____, **in Via** _____ **n. _____** **recapito telefonico** _____

il riesame del Parere Sanitario di diniego, per usufruire dei benefici di cui alla L.R. n. 26 del 23.07.1991,

presso la struttura sanitaria ubicata in territorio Nazionale

Nome Struttura	
Luogo	
Periodo	

Per le seguenti motivazioni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Al fine della rivalutazione del caso, allega alla presente:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTA BENE:

La presente istanza dovrà contenere i motivi e le circostanze di fatto sulla base dei quali si chiede una rivalutazione. Ai fini dell'accettazione della pratica, dovrà essere prodotta necessariamente nuova o integrativa documentazione/certificazione sanitaria a sostegno della propria istanza di richiesta di riesame. In caso contrario, la richiesta di riesame non potrà essere presa in considerazione dal Dirigente Medico del Distretto competente in materia. La stessa, dovrà essere trasmessa all'Ufficio Ricoveri extra Regione, entro e non oltre 15 giorni dalla ricezione del parere sanitario di diniego.

Il/la sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura, vengano trasmesse esclusivamente con una delle seguenti modalità (*barrare l'opzione di scelta*):

- presso la propria residenza, indicata nella presente istanza;
- presso il proprio domicilio, indicato nella presente istanza;
- al seguente indirizzo di posta elettronica personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica diversi da quello personale indicato*): _____;
- al seguente indirizzo PEC personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica PEC diversi da quello personale indicato*): _____;

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì:

- di essere a conoscenza che il rilascio della concessione dei benefici sopra indicati è soggetto alla verifica dei requisiti previsti dalla L.R. n. 26/1991 e ss.mm.ii;
- di prestare il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi di quanto previsto dall'art.13 del Reg. UE 2016/679 (per brevità, GDPR), nonché del D.lgs. n.196/2003 come integrato e modificato dal D.lgs. n.101/2018.

NOTA BENE: Non verranno accettate le richieste di riesame compilate in modo incompleto, illeggibile o poco chiaro e prive di nuova necessaria documentazione per la rivalutazione del caso e presentate con modulistica diversa o alterata/modificata da quella fornita direttamente dall'Ufficio Ricoveri Extraregione del Distretto di Sassari dell'Anglona, della Romangia e della Nurra Occidentale.

Data _____

Firma Leggibile per esteso

**MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI DELEGA PER LA RICHIESTA DI RIESAME AVVERSO
IL PARERE SANITARIO DI DINIEGO PER USUFRUIRE DEI BENEFICI, DI CUI ALLA L.R. N°
26/1991.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via _____ n° _____

Delega

Il Sig./la Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via _____ n° _____

a presentare la richiesta di riesame avverso il parere sanitario di diniego per usufruire dei benefici, di cui alla L.R. n° 26/1991.

Si allega:

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.

Data _____

Firma Leggibile per esteso