

**Giustificativo mancata disdetta
prenotazioni di prestazioni
specialistiche ambulatoriali**

Parola chiave: *prest. ambulatoriali*

Rev. 00

del 21/06/2023

Io sottoscritto _____ cod. fiscale _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
via _____ n. _____

- in qualità di diretto interessato
- in qualità di genitore (con la potestà legale) del minore (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
- in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno di (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____

DICHIARO

**di non aver disdetto nei tempi previsti la prenotazione n. _____ prevista per il
giorno _____, per uno dei seguenti motivi:**

- malattia (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro)
- ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero qualora la struttura non sia aziendale);
- accesso al Pronto soccorso (allegare verbale di PS qualora la struttura non sia aziendale);
- altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare certificato qualora la struttura non sia aziendale);
riguardante
 - me stesso/a
 - parente entro 2° grado o affine o convivente (specificare nome e cognome e grado di parentela)
.....
- nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita)
- lutto se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela e conviventi (in quest'ultimo caso appartenenza allo stesso nucleo familiare)
- incidente stradale (specificare circostanze e orario)
- ritardo treni
- calamità naturali
- altro: (ad es. furto d'auto, ecc.)

Nota Bene: Le cause di impedimento sopra riportate devono essere opportunamente documentate.

Allegati: **si** **no**

INFORMATIVA PRIVACY

Dichiaro inoltre di aver preso visione e compreso l'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679, pubblicata sul sito www.ccbra.it nella sezione Informativa e Privacy e disponibile per la consultazione presso gli uffici informazione della Casa di Cura, e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Il presente modulo può essere spedito per posta al seguente indirizzo:

Casa di Cura Città di Bra – Via Montenero 1, 12042 Bra (CN)

oppure inviato tramite e-mail all'indirizzo amministrazione@ccbra.it