

Richiesta di annullamento della sanzione amministrativa per mancata o tardiva disdetta di una prestazione – casi giustificativi

(ai sensi della L.P. 5.3.2001, n. 7, art. 36/bis e della Delibera del Direttore Generale n. 1343/2024 e s.m.i.)

Modulo da utilizzare per appuntamenti dal 01.01.2025.

Il/La sottoscritto/a
codice fiscale
nato/a il a
residente a CAP prov.
via n. telefono
e-Mail PEC

in qualità di

☐ l' diretto/a interessato/a

☐ l' genitore/ tutore legale di (nome e cognome)

nato/a il a

☐ l' delegato/a di (nome e cognome)

nato/a il a

(allegare la delega scritta – vdsi. Modulo alla fine della presente richiesta)

☐ l' erede di (nome e cognome)

nato/a il a deceduto/a il

ultimo comune di residenza

☐ l' tutore / curatore / amministratore di sostegno di (nome e cognome)

nato/a il a

(allegare il documento comprovante la tutela/curatela/amministrazione di sostegno)

CHIEDE

l'annullamento della sanzione amministrativa per mancata o tardiva disdetta di una prenotazione, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (artt. 75 e 76).

Sanzione amministrativa n. _MD_

Sono da ritenersi irricevibili le richieste di annullamento della sanzione amministrativa pervenute oltre i termini previsti o in maniera incompleta e/o mancanti della documentazione richiesta oppure non presentate attraverso i canali previsti. Non è ammessa la contestuale presentazione della richiesta di annullamento e il pagamento della sanzione.

È nell'interesse del paziente fornire tutta la documentazione per consentire una valutazione completa e corretta, la quale avviene esclusivamente sulla base della documentazione presentata. Viene considerato valido un motivo giustificativo il quale è oggettivo, imprevedibile e documentato.

A TAL FINE DICHIARO

☐ di **aver disdetto l'appuntamento** entro almeno due giorni solari prima della data dell'appuntamento stesso. I termini di disdetta/spostamento sono indicati sul promemoria.

codice di disdetta

di data

OPPURE

☐ di **non aver effettuato la disdetta** della prenotazione o di aver disdetto **oltre il termine di due giorni solari** prima dell'appuntamento per uno dei **seguenti motivi**:

☐ **ricovero urgente o accesso in Osservazione Breve Intensiva (OBI)** presso struttura sanitaria avvenuto nelle 24 ore precedenti l'appuntamento

☐ del/della sanzionato/a

☐ di (nome e cognome)

☐ Iconiuge

☐ Iconviente di fatto

☐ Iparente fino al 2. grado:

con comune di residenza

a

Allegare il certificato di ricovero o copia conforme.

☐ accesso al **Pronto Soccorso** avvenuto nelle 24 ore precedenti l'appuntamento

☐ del/della sanzionato/a

☐ di (nome e cognome)

☐ Iconiuge

☐ Iconviente di fatto

☐ Iparente fino al 2. grado:

con comune di residenza

a

Allegare il verbale di Pronto Soccorso o copia conforme.

☐ altra **prestazione sanitaria** effettuata con **urgenza**, erogata nelle 24 ore precedenti l'appuntamento

☐ del/della sanzionato/a

☐ di (nome e cognome)

☐ Iconiuge

☐ Iconviente di fatto

☐ Iparente fino al 2. grado:

con comune di residenza

a

Allegare il certificato medico o copia conforme rilasciato dalla struttura erogante la prestazione con indicazione della data di erogazione della prestazione e dell'urgenza clinica.

☐ **malattia o altri motivi di salute** sopravvenuti nelle 24 ore precedenti l'appuntamento, tali da

impedire la fruizione della prestazione sanitaria prenotata

☐ del/della sanzionato/a

☐ di (nome e cognome)

☐ Iconiuge

☐ Iconvivente di fatto

☐ Iparente fino al 2. grado:

con comune di residenza

a

Numero di protocollo del certificato telematico di malattia:

Allegare certificato medico in originale o copia conforme, **emesso non oltre dieci giorni dall'ultimo giorno di malattia.**

☐ **ciclo mestruale** insorto nelle 24 ore precedenti l'appuntamento, limitatamente alla prenotazione di visite ginecologiche, PAP-TEST, colposcopia e mammografia diagnostica

☐ **nascita del/della figlio/a** nei 4 giorni solari precedenti l'appuntamento

nome e cognome del/della figlio/a

nato/a il

a

☐ **decesso** nei quattro giorni solari che precedono l'appuntamento

nome e cognome del/della defunto/a

deceduto/a il

a

☐ Iconiuge

☐ Iconvivente di fatto

☐ Iparente/affine fino al 2. grado:

con ultimo comune di

residenza a

Allegare certificato di morte o copia conforme o altro.

☐ **incidente stradale** o **sul luogo di lavoro** avvenuto nelle 24 ore precedenti l'appuntamento

Allegare modulo di „constatazione amichevole“ e/o verbale dell'autorità di pubblica sicurezza intervenuta in caso di incidente stradale o certificato INAIL o copia conforme in caso di incidente sul lavoro.

☐ **altre cause imprevedibili documentabili** e idonee ad impedire la fruizione della prestazione sanitaria (ad esempio sciopero o ritardo dei mezzi pubblici, calamità naturali, ...)

Allegare documentazione di supporto che consenta alla Commissione di valutare l'imprevedibilità della causa e l'impossibilità alla disdetta nei termini e nei modi previsti.

Allegati:

1) documento di identità

3)

2)

4)

data

firma

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

I dati personali raccolti all'interno della presente istanza saranno trattati secondo le modalità di cui all'informativa presente sul seguente link: www.asdaa.it/it/privacy.asp.

MODALITÀ DI CONSEGNA:

La richiesta di annullamento della sanzione amministrativa deve essere presentata **entro 30 giorni** dalla data di notifica del verbale di contestazione dal diretto interessato o da un suo delegato (munito di delega) secondo le seguenti modalità:

1. Via posta ordinaria (a mezzo **raccomandata A/R**) alla:
Commissione aziendale di valutazione mancate disdette, Ufficio Prestazioni ospedaliere e di Specialistica ambulatoriale, via T. A. Edison 10 D, 39100 Bolzano
2. Via posta certificata (**PEC**) da indirizzo PEC del mittente a:
strafe.sanzione@pec.sabes.it; Sono irricevibili le istanze inviate tramite posta elettronica semplice (e-mail).
3. Presso i **distretti sanitari** dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige:
www.asdaa.it/it/distretti-sanitari

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige comunicherà l'esito della richiesta entro 180 giorni dalla sua presentazione.

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ (_____), via _____ n. _____,

DELEGA

il Sig./la Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ (_____), via _____ n. _____,

a presentare la richiesta di annullamento della

Sanzione amministrativa n. _____ **MD** _____

per mancata o tardiva disdetta di una prenotazione ai sensi della L.P. 05.03.2001, n. 7, art. 36/bis e della Delibera del Direttore Generale n. 1343/2024 e s.m.i.

luogo _____ data _____

FIRMA DEL/LA DELEGANTE _____

Allegati: fotocopia del documento di identità del/della delegante nonché del/della delegato/a

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679: I dati personali raccolti all'interno della presente delega saranno trattati secondo le modalità di cui all'informativa presente sul seguente link: www.asdaa.it/it/privacy.asp.