

Nome _____ cognome _____

Via _____

Cap _____

Al Direttore Sanitario del/la

Via _____

Cap _____

All'Assessorato alla Sanità della Regione Marche

Via _____

CAP _____

OGGETTO: liste d'attesa per _____

In data _____ io sottoscritto/a _____,

residente a _____

in via _____ mi sono rivolto/a

✓ Al CUP regionale _____

✓ Al CUP della ASL _____

✓ Altro (specificare) _____

In quell'occasione sono stato/a informato/a che il primo appuntamento per effettuare la visita/l _____ è presso la struttura _____ per il giorno _____. Visto che Il Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa 2010-2012, (recepito dalla Regione Marche con deliberazione della Giunta Regionale nr. 1040 del 18.07.2011) per garantire un approccio strategico al problema del governo delle liste di attesa, prevede l'uso sistematico da parte del medico dell'indicazione di prima visita e controllo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità:

Considerato che

- ✓ La visita/l'esame _____ che devo effettuare è inserita/o nel Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa 2010-2012;
- ✓ Il medico ha apposto il codice di priorità _____ sulla prescrizione;
- ✓ Per me si tratta di una prima visita/esame. Così come previsto dal Piano di Governo delle liste d'attesa 2010-2012

chiedo:

Che la prestazione sia erogata entro i tempi massimi stabiliti per il mio codice di priorità e pertanto entro _____ giorni;

- ✓ Che la ASUR individui una struttura pubblica o convenzionata che eroghi la prestazione in tempi congrui o, in alternativa, che garantisca l'effettuazione della prestazione in regime intramurario senza costi aggiuntivi, tranne per quelli relativi al ticket.
- ✓ Di avere un riscontro formale alle istanze presentate ai sensi e per gli effetti della L. 241/90 e successive modificazioni.

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____