

Spett.le
Direzione Generale
ASL di Frosinone
c/o Ufficio URP
mail urp@aslfrosinone.it

Giustificativo per mancata disdetta della prestazione prenotata
Dichiarazione sostitutiva di notorietà
(art. 4 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fiscale _____
nato/a a _____ il _____ tel. Cell (o fisso) _____
residente a _____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ indirizzo e-
mail o PEC _____

In qualità di diretto interessato

In qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno di (cognome e nome) _____
_____ nato/a _____ il _____ Prov. _____ residente a _____
_____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

DICHIARO

di non aver disdetto nei tempi previsti la prenotazione N. e non essermi presentato
all'appuntamento il giorno _____, presso _____,
per la prestazione di _____, per uno dei seguenti motivi:

- 1) malattia (allegare certificato medico - es. giustificativo dell'assenza dal lavoro);
- 2) ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero qualora la struttura non sia aziendale);
- 3) accesso al Pronto soccorso (allegare verbale di PS qualora la struttura non sia aziendale);
- 4) altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare certificato qualora la struttura non sia aziendale)
 - riguardante
 - me stesso/a
 - parente entro 2° grado o convivente (specificare nome e cognome e grado di parentela) ;
- 5) nascita di figlio/figlia (entro due giorni antecedenti alla prenotazione) (allegare certificato di nascita);
- 6) lutto (entro 3 giorni antecedenti alla prenotazione) se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela e conviventi (in quest'ultimo caso appartenenza allo stesso nucleo familiare);
- 7) incidente stradale in data (se entro 6 ore dalla data dell'appuntamento) ;
- 8) altro: ritardo treni, calamità naturali, furti.

Le cause di impedimento sopra riportate devono essere opportunamente documentate.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (scaricabile anche dal sito della ASL Frosinone all'indirizzo <https://www.asl.fr.it/privacy-rqpd/>) in forza di quanto previsto dagli artt. 13-14 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dal D.Lgs. 196/2003 (c.d Codice Privacy) così come modificato dal D.Lgs 101/2018. **(barrare con una "X" per conferma)**

Data _____

Firma _____