

Spett.le  
Direzione Generale  
ASL di Frosinone  
c/o Ufficio URP  
mail [urp@aslfrosinone.it](mailto: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 \_\_\_\_\_