

# **RICHIESTA PRESTAZIONE INTRAMURARIA**

(da inviare all'URP della Asl)

**Al Direttore Generale**

dell'unità azienda sanitaria (o ospedaliera)

**Oggetto:** *Istanza per prestazione sanitaria in regime di attività liberoprofessionale intramuraria.*

**Il sottoscritto**.....nato a.....il.....e  
residente a.....in  
via/piazza/corso.....Codice Fiscale.....

## **Premesso**

- che in data.....gli è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica):.....
- che in data.....il C.U.P. ha comunicato l'impossibilità di fare la prenotazione richiesta prima del.....
- che il predetto accertamento riveste carattere di urgenza incompatibile con i tempi di attesa offerti come prescritto dalla normativa in vigore;

## **Atteso**

che l'unità azienda sanitaria (o ospedaliera) ha offerto di eseguire la prestazione sanitaria richiesta con un ritardo incompatibile con i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente (/o che non ha provveduto a fissare la data per lo svolgimento della prestazione richiesta con un ritardo incompatibile con i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente).

## **Tutto ciò premesso**

Il sottoscritto chiede che la prestazione richiesta sia resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con onere a carico del SSN ai sensi del D.Lgs. 124/98, art. 3, co. 13 e che a tale richiesta la ASL dia tempestiva risposta

e avvisa che in caso di inadempienza la predetta prestazione verrà effettuata privatamente con successiva richiesta di rimborso da parte di codesta ASL al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket.

Luogo e data.....Firma.....

Si allegano alla presente se posseduti: 1) Copia richiesta di prestazione; 2) Copia comunicazione CUP