

Al direttore sanitario del/la ASL/AO

All'assessorato regionale alla Sanità

E p.c tribunale del malato-Cittadinanzattiva
c/o Ospedale
DOLO 30031 (VE)
Via XXIX Aprile, 2

OGGETTO: liste d'attesa per _____

In data _____ io sottoscritto/a _____,
residente a _____ mi sono rivolto/a

- Al CUP regionale
 Al CUP della ASL _____
 Altro (specificare) _____

In quell'occasione sono stato/a informato che il primo posto per effettuare
la _____ disponibile era presso la
struttura _____ e per il
giorno _____.

(*) _____

Ritenuto che _____

Il dott. _____ ha stabilito con certificato rilasciato il _____ che le mie condizioni
richiedono l'erogazione della prestazione entro _____, a causa
di _____;

il certificato rilasciato dal dott. _____ rileva l'incompatibilità dei tempi d'attesa con le mie
condizioni di salute;

la certificazione riporta altresì un peggioramento delle condizioni di salute, in particolare rivela che

Visto

- l'art. 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo, e interesse della collettività";
- la sentenza della Suprema Corte di Cassazione – Sezione Lavoro – n. 2444 del 20 febbraio 2001 stabilisce che in caso di "ragioni di urgenza, che comportano per l'assistito pericoli di vita o di aggravamento della malattia o di non adeguata guarigione evitabili soltanto con cure tempestive non ottenibili dalla struttura pubblica, manca ogni potere autorizzatorio discrezionale della pubblica amministrazione,, atteso che oggetto della domanda e' il diritto primario e fondamentale alla salute, il cui necessario temperamento con altri interessi, non vale a privarlo della consistenza di diritto soggettivo perfetto".

Chiede

Che la prestazione sia erogata tempestivamente e compatibilmente con il mio stato di salute e che quindi la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che eroghi la prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;

Che in caso di indisponibilità di strutture che possano erogare la prestazione tempestivamente, la ASL provveda all'erogazione della prestazione in intramoenia, senza oneri aggiuntivi da parte mia;

Di avere un riscontro formale alle istanze presentate ai sensi e per gli effetti della l. 241/90 e successive modificazioni.

Si informa fin d'ora che, in caso di mancata erogazione tempestiva della suddetta prestazione, qualora l'attesa comportasse danni alle mie condizioni di salute, si provvederà a tutelare i propri interessi presso tutte le sedi competenti.

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

- descrizione di cosa è accaduto, solleciti telefonici
- _____

NB: compilare il modulo barrando la casella corrispondente alla propria situazione