



Al Direttore Sanitario
dell'ASL _____
Via _____
Cap _____

p.c. All'assessorato regionale alla Sanità
Via _____
Cap _____

p.c. Cittadinanzattiva/Tribunale
per i diritti del malato
Sede nazionale
Via Cereate 6
00183 Roma

Oggetto: segnalazione difficoltà di accesso al servizio vaccinale

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ CAP _____
tel _____ con la presente intendo segnalare di aver incontrato, in
data _____ presso l'ufficio _____
difficoltà nell'erogazione del servizio vaccinale, in particolare:

- impossibilità a contattare telefonicamente l'ufficio apposito;
- tempi indefiniti per l'erogazione del/i vaccino/i _____;
- tempi lunghi per l'erogazione del/i vaccino/i _____;
- mancanza di informazioni o di chiarezza nelle pagine web ASL o regionali;
- _____
- _____

CHIEDO

di fornirmi in via ufficiale

- i riferimenti degli uffici e dei dirigenti preposti al servizio vaccinale;
- tempi certi per l'erogazione della/e vaccinazione/i da me richiesta/e;
- tempistiche brevi di erogazione della/e prestazione/i vaccinale/i;



- i riferimenti web delle pagine istituzionali della sanità regionale e locale che si occupano del tema;
- _____
- _____

Attendo una risposta formale alla presente, ai sensi e per gli effetti della legge n. 241/90 e successive modifiche e integrazioni.

Data

Firma
