



Al direttore sanitario del/la ASL/AO

Via _____
Cap _____

All'Assessore alla Salute della
Regione _____
Via _____
Cap _____

E p.c Cittadinanzattiva – Pit Salute
via Flaminia, 53
00196 Roma
fax: 06/36718333

OGGETTO: sospensione attività di prenotazione nei mesi estivi

Io sottoscritto/a _____ nato/a a
_____, residente a _____ ho prenotato (*indicare
la prestazione prenotata*) _____ in data _____ da effettuare
per il giorno _____.

In data _____ sono stata avvisata che la prestazione è stata disdetta a
causa _____ (*riduzione del personale, "chiusura estiva",
ecc...*)



Visto che:

- Attendo da _____ mesi di effettuare l'esame diagnostico in oggetto;
- lo spostamento della prestazione non è imputabile a mie richieste o esigenze;
- le amministrazioni pubbliche sono tenute a garantire ai cittadini la continuità dei servizi erogati.

Chiedo

- ai sensi del DPCM 19 maggio 1995, che la ASL/AO provveda alla fissazione di un nuovo appuntamento in via preferenziale, e me ne sia data comunicazione;
- Che la ASL/AO provveda al risarcimento del malum previsto dalla suddetta normativa.
- Di avere formale risposta ai sensi della legge 241/90

Nel caso in cui la mia richiesta non venisse accordata, mi riserverò di agire presso le sedi competenti per denunciare l' interruzione di un servizio di pubblica necessità (ex art.340 c.p.).

Data

Firma