BIANALISI
IL TUO PERCORSO DI SALUTE

DIAGNOSI X Centro Polidiagnostico

Sistema Sanitario Regione Lombardia

Spett. le BIANALISI DIAGNOSI X C.P.

mail info.diagnosix@bianalisi.it

ISTANZA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI TUTELA

Ex art. 3 comma 13 D.Lgs. n. 124/1998

L'istanza viene presentata da:

☐ diretto interessato (paziente)

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Comune di Residenza

oppure da

☐ delegato:

☐ familiare/caregiver

☐ amministratore di sostegno/tutore (Decreto Tribunale n. ...../.....)

☐ patronato/sindacato/CAF/altro .....

(indicare denominazione Ente e nome e cognome operatore di riferimento)

Nome (*per familiare/caregiver o amministratore di sostegno/tutore)*

Cognome (*per familiare/caregiver o amministratore di sostegno/tutore)*

Dati di contatto di chi presenta l'istanza (interessato o delegato):

E-mail

Telefono

DICHIARA

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ex articolo 76 del DPR 445/2000 ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del DPR 445/2000

- è/sono stato/i prescritto/i l'/la esame/visita oppure gli/le esami/visite, **<u>come primo accesso</u>**, di cui all' ALLEGATA IMPEGNATIVA:
  con classe di priorità (*barrare la casella*) **U** **B** **D** **P**

- in data ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ è stato effettuato un tentativo di prenotare tramite (*barrare la modalità di prenotazione utilizzata*):

☐ uno degli sportelli CUP di Bianalisi Diagnosi X Centro Polidiagnostico

☐ il CUP telefonico di Bianalisi Diagnosi X Centro Polidiagnostico

☐ il CUP Regionale/Contact Center Regionale (CCR)

☐ App prenota salute/ Salutile

☐ Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

☐ Farmacia

- il primo posto disponibile per effettuare la prestazione richiesta non è compatibile con i tempi di garanzia previsti dalla normativa vigente in materia di tempi d'attesa
  oppure
- non è stata proposta alcuna disponibilità per la prestazione richiesta.

A TAL FINE CHIEDE

che la prestazione sia garantita entro i tempi massimi stabiliti dal Piano di Governo delle Liste di Attesa vigente per la classe di priorità indicata sulla prescrizione e nel rispetto degli Ambiti di Garanzia Territoriale definiti dalla Regione Lombardia.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA ALTRESÌ

- che tutte le informazioni fornite sono veritiere e corrispondenti alla realtà e che i tentativi di prenotazione dichiarati si riferiscono alla prescrizione oggetto della presente richiesta;
- di essere consapevole e di accettare che:
  - l'appuntamento potrà essere garantito anche al di fuori di Bianalisi San Cristoforo nel rispetto degli Ambiti di Garanzia Territoriale definiti dalla Regione Lombardia
  - il rifiuto dell'appuntamento fissato e proposto (ad esempio per preferenze personali o motivi logistici) determina la perdita del diritto al mantenimento della classe di priorità e l'interruzione del percorso di tutela.

- E' onere del richiedente disdire tutti gli appuntamenti precedentemente confermati, anche in altre Strutture, relativi alla prestazione oggetto della seguente istanza, almeno 48 ore prima della data di erogazione, pena la richiesta di riscossione del ticket, anche in caso di esenzione (ex art. 3, comma 7 D.L. n. 73 del 07/06/2024 convertito in legge n. 107 del 29/07/2024)

- di sapere che Bianalisi San Cristoforo si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (ex art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000);
- di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., cosi come da informativa presente su sito di Bianalisi.
- di essere consapevole che potrà essere richiesta eventuale documentazione clinica a supporto per una corretta gestione della prenotazione

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- Copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del diretto interessato/paziente

  NB qualora l'istanza venga presentata da un delegato, oltre al documento d'identità del diretto interessato/paziente dovranno essere allegati anche il documento d'identità del delegato e copia della delega come da DPR 445/2000 art. 38 comma 3 bis.

- Copia della Tessera Sanitaria del diretto interessato/paziente
- Copia della/e impegnativa/e
- Copia del promemoria di prenotazione (se presente)

Data _____ _____

Firma (leggibile) del dichiarante o delegato

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento UE/679/2016 sul trattamento dei dati e la loro libera circolazione

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati a Bianalisi Diagnosi X Centro Polidiagnostico saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è Bianalisi SpA. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo www.xxxxxxxxx.it

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente www.bianalisi.it.

Data _____ _____

Firma per presa visione (leggibile) del dichiarante o delegato

BIANALISI
IL TUO PERCORSO DI SALUTE

DIAGNOSI X Centro Polidiagnostico

Sistema Sanitario Regione Lombardia

DELEGA ISTANZA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI TUTELA

Spett. le BIANALISI DIAGNOSI X C.P.

mail info.diagnosix@bianalisi.it

Il/La sottoscritto/a , nato/a a ,

il e residente a in via

C.F.:

DELEGA

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 38 comma 3 bis DPR 445/2000

il/la sig./ra , nato/a a ,

il e residente a , in via ,

C.F. ,

alla presentazione a Bianalisi San Cristoforo **dell'ISTANZA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI TUTELA** ex articolo 3 comma 13 D.Lgs. n. 124/1998 in riferimento alla prescrizione di cui alla **ricetta con numero .**

Si allega copia del documento identità del delegante e del delegato

Luogo e data

_____

IL DELEGANTE (firma)

_____