

**Presentazione giustificativo per mancata disdetta  
delle prenotazioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale**

Io sottoscritto.....CF.....

Nato/a il.....a.....tel.....

Residente a.....CAP.....Prov.....via.....n.....

Indirizzo e-mail o Pec.....

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore del minore (*con potestà legale*) (*cognome e nome*).....  
Nato il.....a.....Prov.....
- In qualità di tutore/amministratore di sostegno di (*cognome e nome*).....  
Nato il.....a.....Prov.....

**DICHIARO**

Di non aver disdetto nei tempi previsti la prenotazione n..... e di non essermi presentato all'appuntamento il giorno.....presso il Poliambulatorio Medical Center per eseguire la prestazione di.....per uno dei seguenti motivi:

1. Malattia (*allegare certificazione medica*);
2. Ricovero presso struttura sanitaria (*allegare certificato di ricovero*);
3. Accesso al Pronto Soccorso (*allegare verbale di PS*);
4. Altra prestazione specialistica eseguita d'urgenza (*allegare certificazione*) riguardante me stesso/parente entro secondo grado – *specificare nome e cognome e grado di parentela*;  
.....
5. Nascita di figlio/figlia entro due giorni antecedenti la prenotazione (*allegare certificato di nascita*);
6. Lutto (entro tre giorni dalla prenotazione se riguarda familiari fino al secondo grado di parentela o conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare);
7. Incidente stradale nella stessa data (*se entro 6 ore dall'appuntamento*).....;
8. Altro: ritardo mezzi pubblici, calamità naturali, furti;

**NB: le cause di impedimento devono essere opportunamente documentate**

**ALLEGATI: SI NO**

Consenso al trattamento dei dati (ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e del nuovo Regolamento Europeo n 2016/679 (GDPR). I dati forniti dall'Utente saranno trattati dall'Amministrazione anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e, comunque, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, i dati inerenti le esenzioni per reddito saranno messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. All'Utente competono i diritti previsti dall'art 13 su richiamato, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione, e, ricorrendone i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data..... Firma.....

Il presente modulo deve essere recapitato alla segreteria ed accettazione del Poliambulatorio Medical Center secondo le seguenti modalità:

- Raccomandata AR all'indirizzo: Medical Center srl – Via Martiri della Resistenza 61/63 – 86039 Termoli;
- Inviato via Pec a [medicalcentersrl@legalmail.it](mailto:medicalcentersrl@legalmail.it);

*Si prega di conservare copia del seguente modulo.*