



# ISTANZA PER PRESTAZIONE DI PRIMO ACCESSO IN REGIME DI PERCORSO DI TUTELA

Al Direttore Generale  
tramite Ufficio per le Relazioni con il Pubblico  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
Viale della Vittoria n. 321  
92100 Agrigento (AG)  
Indirizzo mail: [urp@aspag.it](mailto:urp@aspag.it)

**Oggetto: Istanza per prestazione di primo accesso in regime di percorso di tutela alle prestazioni specialistiche.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

## IN QUALITA' DI

Diretto interessato       Genitore del minore       Tutore/curatore       Altro

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_

## PREMESSO

- che in data \_\_\_\_\_ è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica):  
\_\_\_\_\_;
  - che dal foglio di prenotazione CUP (allegato alla presente) risulta la data del \_\_\_\_\_;
  - che la suddetta prestazione diagnostica/visita specialistica è inserita nel Piano Nazionale di contenimento delle liste d'attesa con determinati tempi massimi di erogazione
- ## CHIEDE
- che la prestazione sia erogata entro i tempi massimi stabiliti nel piano di governo delle liste d'attesa o dalle indicazioni del medico prescrittore;
  - che la ASP provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che eroghi la prestazione entro i tempi massimi stabiliti;
  - che in caso di indisponibilità di strutture pubbliche o accreditate che possano erogare la prestazione secondo la prescrizione, la ASP provveda all'erogazione della prestazione in intramoenia, ai sensi del decreto legislativo n.124/1998 art.3, comma 13;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Allega: 1) foglio prenotazione CUP/Codice di prenotazione  
2) ricetta dematerializzata  
3) Documento di riconoscimento in corso di validità