



**ISTANZA  
attivazione  
PERCORSO DI TUTELA**

Il/la sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

che in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ rivolgendomi al Centro Unico di Prenotazione (CUP) sono  
stato/a informato/a che il primo posto disponibile per effettuare la prestazione

\_\_\_\_\_

è presso la Struttura \_\_\_\_\_ per il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

e la prima data utile per effettuare la prestazione è per il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pertanto, non essendo garantita la prestazione di primo accesso nell'Ambito aziendale  
nei tempi massimi di attesa, secondo la priorità indicata,

**RICHIEDO**

l'attivazione del "Percorso di Tutela aziendale" ai sensi dell'art.3 del D.Lgs 29/04/1998  
n.124, del PNGLA 2019-2021, del Decreto Legge n.73/2024, in coerenza con le disposizioni  
regionali.

Allego all'istanza il promemoria della ricetta, la fotocopia di documento di identità in  
corso di validità e fotocopia tessera sanitaria. Autorizzo il trattamento dei propri dati ai  
sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d Codice Privacy).

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Firma per esteso)