**AL COMANDO STAZIONE DEI CARABINIERI DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/viale/corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPONE QUANTO SEGUE**

Il presente atto ha la finalità di porre alla Vostra attenzione accadimenti inerenti una vicenda personale, affinché possano essere eseguiti gli opportuni accertamenti e valutare, alla luce di quanto accertato, la sussistenza di eventuali profili penalmente rilevanti in relazione ai fatti dedotti. Segnalo la necessità dell'intervento della Pubblica Autorità per la pronta risoluzione della vicenda descritta per la presenza di condotte che ritengo contrarie alla legge.

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_mi recavo personalmente presso la farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di ( nome città) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per prenotare la prestazione sanitaria della ( indicare la prestazione sanitaria)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,prescrittami dal mio medico curante, in regime pubblico professionale e quindi da eseguire presso l’Ospedale pubblico di residenza. Il farmacista mi informava che le liste degli ospedali territorialmente competenti era chiuse ed il sistema web di collegamento con il servizio sanitario nazionale non gli consentiva di stampare la certificazione della lista chiusa.

Il predetto disservizio imputabile al Servizio sanitario territoriale configura una condotta pregiudizievole perché mi priva della possibilità oltre che di avvalermi delle prestazioni sanitarie che mi necessitano altresì di usufruire del rimborso della spesa che andrò a sostenere privatamente rivolgendomi all’attività libero professionale intramuraria pubblica o privata a causa del tempo di attesa superiore a quello previsto dai protocolli sanitari, previsto **dall’art. 3 comma 13 del decreto legislativo n. 124 del 29 aprile 1998**. Al momento della prenotazione era presente il sig./ra nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se conosciuti.

Al fine di sentire le persone informate sui fatti sopra descritti si indicano:

- Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/viale/corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/viale/corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per tutto quanto sovra esposto e motivato il sottoscritto/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, così come identificato/a

**CHIEDE**

**che l'Ecc.ma Autorità adita Voglia disporre gli opportuni accertamenti e adottare le misure previste e consentite dalla legge in ordine ai fatti così come esposti dettagliatamente in narrativa.**

**Con osservanza.**

**Luogo e data**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allegati: prescrizione del medico curante**