

INFORMAZIONI SULL'INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA
Unità Operativa _____

Egregio/a Sig./Sig.ra _____

La informiamo che, a seguito della valutazione clinica effettuata, provvederemo a inserirLa in lista d'attesa per il ricovero presso l'Unità Operativa di _____, con la seguente priorità assegnata in base ai criteri clinici definiti presso questa Struttura:

- CLASSE A ENTRO 30 GIORNI
- CLASSE B ENTRO 60 GIORNI
- CLASSE C ENTRO 180 GIORNI
- CLASSE D ENTRO 12 MESI

Le comunichiamo che sarà contattata per il ricovero nel seguente **periodo indicativo**, stabilito in base alla priorità assegnata e all'organizzazione del reparto: mese di _____ dell' anno _____

periodo dal _____ al _____

L'indirizzo di residenza e i numeri telefonici da Lei indicati saranno quelli a cui la Struttura farà riferimento per qualsiasi comunicazione, compresa la convocazione per il ricovero. Le chiediamo, pertanto, di verificare la correttezza di tali dati e di comunicare tempestivamente al reparto eventuali modifiche di indirizzo e/o di recapito.

Desideriamo informarla che sarà possibile accordarLe un periodo di sospensione della prenotazione e che i giorni di sospensione saranno detratti dal tempo d'attesa complessivo. La sospensione comporterà un differimento della data indicativa del ricovero proporzionale al periodo di indisponibilità da Lei segnalato.

Qualora decidesse di rinunciare all'intervento chirurgico, Le chiediamo di comunicare la rinuncia ai contatti forniti in calce alla presente al fine di annullare la Sua prenotazione.

La informiamo che, in caso di irreperibilità per due volte consecutive ai numeri telefonici da Lei forniti, provvederemo ad inviarle una comunicazione scritta per posta raccomandata con richiesta di contattare il reparto. In caso di mancata risposta da parte Sua la sua prenotazione sarà annullata.

In questo caso, potrà comunque rivolgersi alla Struttura per una nuova prenotazione previa rivalutazione dello Specialista.

Per eventuali ulteriori informazioni o chiarimenti potrà rivolgersi ai seguenti contatti:

Struttura _____ N. di telefono _____

Distinti saluti

Parma, il _____

Il Medico Proponente
