



Al Direttore Sanitario  
dell'ASL \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_

p.c. All'assessorato regionale alla Sanità  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_

p.c. Cittadinanzattiva/Tribunale  
per i diritti del malato  
Sede nazionale  
Via Cereate 6  
00183 Roma

**Oggetto: segnalazione difficoltà di accesso al servizio vaccinale**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ con la presente intendo segnalare di aver incontrato, in  
data \_\_\_\_\_ presso l'ufficio \_\_\_\_\_  
difficoltà nell'erogazione del servizio vaccinale, in particolare:

- impossibilità a contattare telefonicamente l'ufficio apposito;
- tempi indefiniti per l'erogazione del/i vaccino/i \_\_\_\_\_;
- tempi lunghi per l'erogazione del/i vaccino/i \_\_\_\_\_;
- mancanza di informazioni o di chiarezza nelle pagine web ASL o regionali;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di fornirmi in via ufficiale

- i riferimenti degli uffici e dei dirigenti preposti al servizio vaccinale;
- tempi certi per l'erogazione della/e vaccinazione/i da me richiesta/e;
- tempistiche brevi di erogazione della/e prestazione/i vaccinale/i;



- i riferimenti web delle pagine istituzionali della sanità regionale e locale che si occupano del tema;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Attendo una risposta formale alla presente, ai sensi e per gli effetti della legge n. 241/90 e successive modifiche e integrazioni.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_