RICHIESTA DI RISARCIMENTO PER RESPONSABILITÀ SANITARIA

contestazione alla struttura e costituzione in mora (L. 24/2017)

Spett.le Struttura sanitaria · Direzione generale / Ufficio legale

Indirizzo / PEC

Oggetto: contestazione di responsabilità sanitaria, richiesta di risarcimento dei danni e costituzione in mora (L. 24/2017)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

Codice fiscale

Residente in (indirizzo completo)

Telefono

Email / PEC

In qualità di (paziente, erede, tutore, amministratore di sostegno di...)

Paziente (cognome, nome, data di nascita)

Ricovero / prestazione del (date) · reparto o ambulatorio

Fatti: cosa è successo

(segue)

Conseguenze e danni subiti

(segue)

Ritenendo che i danni siano conseguenza di condotte non conformi alle buone pratiche e alle linee guida, di cui la Struttura risponde ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. e dell'art. 7 della L. 24/2017, il/la sottoscritto/a CHIEDE il risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti, da quantificare anche all'esito degli accertamenti medico-legali, e INVITA la Struttura a comunicare entro 30 giorni la propria posizione, il nominativo dell'impresa di assicurazione e il numero della polizza (art. 10 L. 24/2017).

La presente vale come costituzione in mora e atto interruttivo della prescrizione (artt. 1219 e 2943 c.c.). Si allegano: ☐ cartella clinica e documentazione sanitaria ☐ relazione medico-legale ☐ documentazione delle spese ☐ altro _____

Luogo

Data

Luogo e data

Il/La dichiarante (firma leggibile)

Trattamento dei dati personali: i dati sono raccolti dal soggetto che riceve la dichiarazione e usati solo presentata (Regolamento UE 2016/679).