|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | A.S.P. TRAPANI-DISTRETTO SANITARIO DI MAZARA DEL VALLO  UNITÀ ORGANIZZATIVA  U.O.S. ASSISTENZA PRIMARIA E SPECIALISTICA INTERNA ED ESTERNA | |
| Oggetto del procedimento |  | | Richiesta copia conforme Cartella Infermieristica |
| Descrizione sommaria del procedimento |  | | Istanza da parte dell’utente direttamente presso l’ambulatorio, ricerca e predisposizione copia conforme, rilascio all’utente |
| Normativa di riferimento |  | | Normativa accesso agli atti pubblici – L. 241/1990 |
| Modalità di avvio |  | | Istanza di parte |
| Ufficio competente |  | | Infermieristico PTA/Distretto 53 |
| Responsabile del procedimento |  | | Nominativo Resp: Dr. Giuseppe Giordano – Uff. Infermieristico Mazara del Vallo  Via Livorno n.13 – Mazara del Vallo  Tel. 0923/657910  E-mail: g.giordano1959@libero.it |
|  | | Nominativo Resp: Dr.ssa Donatella Vernaccini – PTA Salemi  Via Dante Alighieri n.15 presso P.O. Vittorio Emanuele III – Salemi  Tel. 0924/982170 0924/990283  E-mail: donatella.vernaccini@asptrapani.it |
| Responsabile del provvedimento |  | | Direttore Sanitario Distretto Mazara del Vallo – Dr. Vittoriano Di Simone |
|  | | Tel. 0923/901605 |
|  | | E-mail: distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it |
| Documentazione da allegare all’istanza |  | | Attestazione avvenuto pagamento diritti sanitari; carta identità richiedente |
| Informazioni |  | | Nominativo: CPS/Inf. Enrico Salvatore Virtuoso  Ufficio: Ambulatorio Infermieristico Mazara del Vallo  Tel. 0923/657910  E-mail: [poliambulatorio.mazara@asptrapani.it](mailto:poliambulatorio.mazara@asptrapani.it) enrico.virtuoso@asptrapani.it |
|  | | Nominativo: CPS/Inf. Giovanni Nuccio  Ufficio: PTA Salemi  Tel. 0924/982170  E-mail: ptasalemi@asptrapani.it |
|  | | Orari: Da Lunedì a Venerdì dalle ore 08:30 alle ore 12:00 – Martedì e Giovedì dalle ore 15:00 alle ore 17:00 |
| Termini del procedimento |  | | 30gg. |
| Silenzio assenso o dichiarazione sostitutiva del provvedimento |  | | // |
| Strumenti di tutela endoprocedimentali o successivi |  | | // |
| Modalità pagamento di eventuali contributi |  | | Versamento mediante bollettini prestampati sul CC postale Aziendale n. 00181917 |
| Autorità sostitutiva in caso di inerzia o ritardo nella conclusione del procedimento |  | | Direttore Sanitario Distretto n.53– Dr. Vittoriano Di Simone |
|  | | Tel. 0923/901605 |
|  | | E-mail: distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it |