



Modulo di Domanda per le Prestazioni di assistenza protesica

U.O.C. Cure primarie

DISTRETTO _____ **PRESIDIO** _____

Indirizzo e-mail _____

Recapito telefonico Ufficio Ausili Protesici _____

OGGETTO: Richiesta prestazioni di assistenza protesica (D.M. n 332 del 27/08/1999)

Il/la Sottoscritto/a _____

DICHIARA DI

Essere nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. (____)

Via _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

e-mail _____

Domiciliato a (solo se diverso da residenza) _____

prov. (____) in Via _____

CAP _____

Casa di riposo _____ RSA _____

CHIEDE

- Per sé
- Per il minore sotto indicato (in qualità di esercente della patria potestà)
- Per la persona sotto indicata (in qualità di tutore, curatore, amministratore di sostegno, parente e/o delegato nel caso di impedimento temporaneo)

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. (____)

Via _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

e-mail _____

Domiciliato a (solo se diverso da residenza) _____

prov. (____) in Via _____

CAP _____

Casa di riposo _____ RSA _____

L'autorizzazione alla fornitura di:

Si specifica che il beneficiario risulta:

- Non in carico ai servizi ASL
- In carico ai servizi ASL presso _____

Il richiedente allega:

- Prescrizione medica specialista del SSN**
- Documento di riconoscimento del beneficiario**
- Copia del verbale di invalidità**
- Altro** _____

Sono forniti anche i documenti di seguito selezionati:

- Tessera Sanitaria
- Preventivo di spesa
- Scheda Tecnica
- Delega
- Documento di riconoscimento del delegato
- Altro _____

Indicare modalità con cui si desidera ricevere le principali comunicazioni (in particolare per collaudo, controlli periodici, etc.) _____

DATA _____

IN FEDE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informazioni ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato è interdetto/inabilitato firma il tutore/curatore (art. 5). Nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4) Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000). Si rende noto che l'istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo. Si autorizza quest'Azienda ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda ai fini del perfezionamento della pratica, nonché di acquisire direttamente dall'U.O. Medicina Legale il verbale di invalidità.

ACCETTAZIONE CONDIZIONI COMODATO D'USO

Nel caso in cui l'autorizzazione alla prestazione richiesta preveda l'attivazione di un comodato d'uso, con la presente si intendono accettate le condizioni e i termini da esso previsti. Inoltre, si specifica che l'assistito non deve essere beneficiario di medesima prestazione da altri enti o istituti (es. INAIL, Assicurazioni private, etc.)

DATA

IN FEDE

NON COMPILARE

SPAZIO DI COMPETENZA DELLA ASL

Firma per ricevuta, conformità e completezza

L'operatore PUA _____

Data e Firma _____

Codice prescrizione SAN.PRO _____

RITAGLIARE E CONSEGNARE ALL'ASSISTITO

RICEVUTA PER L'ASSISTITO

Firma per ricevuta, conformità e completezza

L'operatore PUA _____

Data e Firma _____

Codice prescrizione SAN.PRO _____