

Al DIRETTORE del Distretto di _____
della AUSL di Viterbo

Richiesta di dispositivi extra nomenclatore tariffario
(ex art. 1 c. 6, D.M. 332/99)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Cod. fiscale _____ tel. n. _____

in qualità di **interessato/tutore**⁽¹⁾ del minore _____

nato a _____ il _____

tenuto conto dell'impossibilità di ottenere analogo beneficio riabilitativo mediante l'utilizzo di dispositivi ricompresi nel vigente nomenclatore tariffario, o ad essi riconducibili,

CHIEDE

come **portatore/tutore** (del minore portatore⁽¹⁾) di gravissime disabilità, **la fornitura del/dei seguenti dispositivi, ausili, extra nomenclatore tariffario, in quanto il loro utilizzo è INDISPENSABILE e INSOSTITUIBILE non sussistendo valide alternative terapeutiche.**

A tale scopo allega **Certificazione** redatta (su l'apposito modulo predisposto dalla AUSL) da Specialista di Struttura Pubblica, attestante la **diagnosi circostanziata** e la **descrizione del problema clinico, l'INDISPENSABILITA' e INSOSTITUIBILITA' dei dispositivi/ausili (non sussistendo valide alternative terapeutiche)**, il **periodo di interesse** (se temporanei), le **catteristiche tecniche**, l'**eventuale preventivo di spesa**.

Luogo e data

Firma

Allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità, della tessera sanitaria e del verbale di Invalidità civile.

(¹) deppennare la voce che non ricorre

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 e ss.mm.).
Ai sensi dell'art. 13 del Codice il sottoscritto dichiara di essere stato informato che i dati identificativi e diagnostici inseriti nella domanda sono raccolti e trattati dall'AUSL all'interno del procedimento finalizzato alla fornitura di protesi ed ausili extra N.T.
L'eventuale rifiuto, anche parziale, a fornire i dati richiesti, preclude l'attivazione del procedimento. I dati personali e sanitari verranno trattati in modo lecito, nel rispetto delle misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.
Il sottoscritto dichiara di essere stato informato del diritto ad ottenere in ogni momento la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, della forma di utilizzo e di conservazione degli stessi, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati debbono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, del diritto di integrazione, rettifica, aggiornamento.
Il titolare del trattamento dei dati è la AUSL ed i responsabili del trattamento sono il Direttore del Distretto a cui è stata inoltrata la domanda ed il Presidente della Commissione per la fornitura di presidi ed ausili non compresi negli elenchi di cui al Nomenclatore Tariffario.

Attestazione a firmare da chi non sa o non può firmare per impedimento

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza da _____

consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me preventivamente individuato a mezzo _____ n° _____

Impedito a sottoscrivere

Per conto di _____

Impedito temporaneamente a sottoscrivere

Data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO
