

All'Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ via _____ n. _____

tel _____ Cod.Fiscale _____

per se stesso in qualità di _____

Del Sig./ra _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via /Piazza _____ tel _____

Cod.Fiscale _____

CHIEDE

Di poter usufruire della fornitura di cui alla prescrizione allegata rilasciata in data _____ da:

Specialista Dott. _____ Medico di Famiglia Dott. _____

ALLEGA

Copia verbale di visita della Commissione per l'Accertamento dell'Invalidità Civile; oppure, nel caso non sia ancora in possesso del verbale d'invalidità, Copia domanda Invalidità con certificato medico e ricevuta rilasciata dal patronato;

Prescrizione medica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma riabilitativo;

Prescrizione su ricetta SSN a lettura ottica al fine del monitoraggio della spesa sanitaria prevista dall' art. 50 L. 326/03;

Copia della tessera sanitaria e del documento di identità dell'assistito;

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci
(art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA:

Di essere residente a _____

Che l'assistito _____ è residente a _____

Dichiara inoltre che il presidio non è stato e non sarà richiesto ad altro Ente o Istituzione

- L'assistito si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di domicilio e dichiara di essere a conoscenza che la concessione viene effettuata **con riserva di proprietà** e pertanto si impegna alla restituzione, in caso di fornitura successiva o terminata utilizzazione (escluse protesi personalizzate).

Sanluri _____
(data)

(firma del dichiarante)

- Il/la sottoscritto/a _____ assistito o persona legalmente autorizzata ai sensi del combinato disposto dall'art. 13 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dalla ASL titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Sanluri _____
(data)

(firma del dichiarante)