



All'Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

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

Residente a _____ Via/Piazza _____ 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. _____

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

DICHIARA:

Che l'assistito non è inserito in Casa Protetta, in Casa di Riposo o altra Struttura Residenziale

Che l'assistito è inserito in Casa Protetta, in Casa di Riposo o altra Struttura Residenziale

Nome e indirizzo Struttura: _____

ALLEGA

- 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 del documento di identità dell'assistito;

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, a proprie spese, 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)