

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di DOMANDA E AUTOCERTIFICAZIONE

DISTRETTO SANITARIO DI CARBONIA
 Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

IL SOTTOSCRITTO:

- TITOLARE
- CONIUGE
- GENITORE
- PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL TERZO GRADO
- TUTORE

Il/la sottoscritto _____ ETÀ _____

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di essere nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ via _____ n° _____ tel. _____

- CHIEDE** per se.

CHIEDE per _____ che il sottoscritto ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000

nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ via _____ n° _____ tel. _____

Domicilio _____ via _____ n° _____ tel. _____

- di poter usufruire della fornitura di: _____

di cui all'allegata prescrizione specialistica.

ALLEGA

- Copia del verbale di Visita della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile
- Certificazione medica specialistica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma riabilitativo come da **ALLEGATO 1** **ALLEGATO 1A** **ALLEGATO 1B**
- Prescrizione, da parte dello Specialista, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria Prevista dall'art. 50 della L. 326/03;
- Copia del documento di identità (dell'assistito)

Luogo e Data _____ **Firma dell'assistito**
 (o di chi ne fa le veci) _____

.....

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss. del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'Azienda USL, 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.**

Firma dell'assistito
 (o di chi ne fa le veci) _____