
DOMANDA DI FORNITURA DI PROTESI, ORTESI E AUSILI TECNICI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ___ / ___ / _____
a _____ (____) C.F. _____
residente in _____ via/p.zza _____ n. _____
tel./ cell. _____ e-mail: _____

in qualità di:
diretto interessato
prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
tutore / amministratore di sostegno

CHIEDE

per se stesso
per il/la sig./ra _____ nato/a il ___ / ___ / _____
a _____ (____) C.F. _____
residente in _____ via _____ n. _____

in RSA in CURE DOMICILIARI

i seguenti ausili _____

medico prescrittore Dott. _____
ausili già in uso _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. - DPR 28.12.2000 n. 445), sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

1. la veridicità di tutti i dati trascritti, in particolare riguardo al Comune di residenza dell'assistito;
2. di non avere già pagato o dato acconto per la fornitura di cui trattasi;
3. di impegnarsi a conservare con cura gli ausili secondo le disposizioni del Codice Civile e pertanto ad effettuare le necessarie operazioni di manutenzione ordinaria e nel caso di cessazione dell'utilizzo dei beni concessi ad informare tempestivamente l'ASL per il conseguente ritiro entro 30 gg. pena l'addebito dell'intero costo del bene;
4. di impegnarsi a consegnare all'ufficio protesi tutte le bolle di consegna degli ausili recapitati a domicilio;
5. **di essere consapevole che in caso di rifiuto dell'ausilio le spese di servizio saranno a carico dell'interessato**
6. **di essere al corrente di dover effettuare il collaudo dell'ausilio entro 20 giorni dalla consegna e che la mancata effettuazione senza motivo renderà a suo carico l'intero costo;**

(Il collaudo non va effettuato solo se la richiesta è stata effettuata dal medico curante)

7. di aver acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.L.:gs. 196/2003;
8. di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati idonei a rivelare lo stato di salute;
9. di prestare il suo consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili dando atto che tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato.

_____, ___/___/____

firma per esteso

ALLEGATI:

- proposta di prescrizione redatta dal dr. _____
- copia documento d'identità:
 - carta d'identità patente passaporto altro _____;
- delega del diretto interessato con fotocopia del documento d'identità del delegante;
- attestato di invalidità;
- copia della domanda di accertamento invalidità;
- copia cartella clinica / referto specialistico.

data, timbro e firma dell'operatore che riceve la domanda

_____, __/__/____ Operatore _____ firma _____

Data presentazione domanda _____ 1^ volta rinnovo

Referente del caso _____

ISTRUTTORIA AUTORIZZATIVA SANITARIA

PROPONE DI AUTORIZZARE LA FORNITURA

SI NO (motivazione) _____

Data __/__/____

IL MEDICO DEL DISTRETTO

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

• Relazioni richieste:

• In attesa di :

• Eventuali osservazioni o integrazioni:

• Autorizzazione n. _____ del _____

• Autorizzazione **NEGATA** – Motivo del diniego:

• _____

• Bolla consegnata all'Ufficio Protesi il _____

• Collaudo effettuato il _____

DATA _____