



Modulo di Richiesta PUA

MRSQA91-02
Allegato B

Prot. n° _____

RICHIESTA DI DISPOSITIVI / AUSILI PROTESICI

Il sottoscritto _____ nato a _____ () il _____

residente a _____ Via _____ n _____

Codice Fiscale _____ Tel _____

E mail _____

- TITOLARE GENITORE (se minore) TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE (indicare gli estremi del provvedimento di nomina)
 DELEGATO (acquire delega)

CHIEDE

per se medesimo

in favore di _____ nato a _____ () il _____

residente a _____ Via _____ n _____

Codice Fiscale _____ Tel _____

la fornitura di _____

1a fornitura

fornitura successiva PER RINNOVO

fornitura successiva PER RIPARAZIONE

fornitura successiva PER SMARRIMENTO

DATA ULTIMA FORNITURA _____

PROCEDURA D'URGENZA (Ricoverato presso _____)

PAZIENTE RICOVERATO PRESSO STRUTTURA TERRITORIALE _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia Verbale di invalidità/ ricevuta domanda di Invalidità Civile e Certificato Medico)
 Prescrizione Specialistica _____
 Autocertificazione di residenza (da parte dell'interessato o da parente fino al terzo grado)
 Preventivo Ditta Prescelta
 Delega

Data: _____

FIRMA _____

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, **acconsente**, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, **al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali** ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Data: _____

FIRMA _____

PARERE DEL DIRIGENTE MEDICO INCARICATO

Verifica della condizione di "coerenza tra patologia/disabilità invalidante e tipologia di ausilio" SI NO

Richiesta integrazione documenti : _____

Data: _____

FIRMA DEL MEDICO _____