



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via dei Vestini snc – 66100 Chieti - C.F. e P. IVA 02307130696

RICHIESTA DI DISPOSITIVI/AUSILI PROTESICI

Prot. n. _____ del _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

residente nel Comune di _____

in Via _____

Tel. _____ Email _____

☐ TITOLARE ☐ GENITORE (se minore) ☐ DELEGATO

CHIEDE

☐ per se medesimo

☐ in favore di _____ ,
nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

dichiarando di essere stato/a preventivamente autorizzato/a dal/la richiedente alla
presentazione della presente istanza volta ad ottenere la prestazione/fornitura,
sollevando da ogni e qualsiasi responsabilità la ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

la FORNITURA di _____

specificando che trattasi di:

☐ 1^a FORNITURA ☐ FORNITURA SUCCESSIVA PER RIPARAZIONE

☐ VARIAZIONE ☐ FORNITURA SUCCESSIVA PER SMARRIMENTO (allegare denuncia)

☐ RINNOVO (data ultima fornitura _____)

☐ PROCEDURA D'URGENZA (Ricoverato presso _____)

☐ PAZIENTE RICOVERATO PRESSO STRUTTURA TERRITORIALE

DICHIARA
(ai sensi artt. 46 e 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

altresì, consapevole delle sanzioni penali e civili nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità che

☐ il/la sottoscritto/a _____

☐ il/la richiedente diretto interessato _____

è **RESIDENTE** nel Comune di _____
in via _____

Si allegano alla presente richiesta:

- Copia del verbale di invalidità/Ricevuta della domanda di invalidità civile
- Prescrizione medico-specialistica
- Preventivo della ditta prescelta
- Copia del documento d'identità del richiedente e del diretto interessato, se diverso

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, **autorizza al trattamento e 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.

Luogo e data _____

Firma

PARERE DEL DIRIGENTE MEDICO INCARICATO

Verifica della condizione di "coerenza tra patologia/disabilità invalidante e tipologia di ausilio"

Sì ☐ No ☐

Richiesta integrazione documenti:

Data _____

Timbro e firma del Medico