ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE – VAL DI FORO
Punto Unico di Accesso(PUA)
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023
e-mail: pua.francavilla@asl2abruzzo.it

Prot. n°_____ **RICHIESTA DI AUSILI E APPARECCHI PROTESICI**

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il_____ residente a_____

Via_____ n_____

Codice Fiscale_____ Tel_____

CHIEDE

per se medesimo o in favore di_____

nato a _____ Il_____ residente a_____

via_____ n. _____ Codice Fiscale_____

la fornitura di _____ ☐ **1a fornitura** ☐ **fornitura successiva**

☐ U.F._____

☐ Minore anni 18 ☐ Invalido Civile, di guerra, per sevizio ☐ In fase di accertamento ☐ Utente in carico

A tal fine allega la seguente documentazione:

☐ Copia Verbale di invalidità

☐ Preventivo Ditta_____

☐ Prescrizione Specialistica_____

☐ Autocertificazione.

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 MEDICO DEL SERVIZIO

_____

_____

Data:_____ FIRMA DEL MEDICO _____