



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1
Distretto Sanitario di Ortona

Punto Unico di Accesso (PUA)

Piazza San Francesco n. 4 - Ortona (CH)
Telefono 085 9173307 - Fax 085 9173301 e-mail PUA.ortona@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 servizio 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 _____