



ASL 02 LANCIANO - VASTO - CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
Direttore: Dott.ssa Rosa Borgia
DISTRETTO SANITARIO DI CHIETI
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE - CHIETI

Servizio Ausili e Protesi
Dirigente Medico Referente : **Dott.ssa Elisa Concistre'**
Via Tiro a Segno 8 - 66100 Chieti
tel. 0871/358868 - 8856 = fax 0871/358857
e-mail- elisa.concistre@asl2abruzzo.it

ISTANZA RICHIESTA AUSILI E PROTESI
(da consegnare al P.U.A. della Sede Erogativa di Chieti)

Al Servizio
Ausili e Protesi
Via Tiro a Segno, 8
66100 Chieti

IL Sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ n _____
Cell o tel _____ C.F. _____

TITOLARE GENITORE (se minore) TUTORE/CURATORE /AMM.RE (indicare gli estremi del provvedimento di nomina)
_____ DELEGATO dall'assistito Sig. _____
nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ che sottoscrive quale
delegante _____ (fornire documento di riconoscimento del delegato e del delegante.)
Firma assistito _____

Consapevole di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la personale responsabilità

CHIEDE

PER SE MEDESIMO PER INTERDETTO LEGALMENTE/INABILITATO PER MINORE PER ASSISTITO DELEGANTE
Cognome e nome _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ n _____
Cell o tel _____ C.F. _____

Di poter usufruire della fornitura di ausili-protesi di cui all'allegata prescrizione specialistica _____

Allega alla presente:

- Copia verbale di Invalidità Civile (eventuale accompagnamento) o ricevuta della domanda presentata e relativo certificato medico
 Copia verbale di Invalidità di guerra o per servizio Certificazione medico specialistica ASL o presidio sanitario pubblico in originale
 Copia del documento di identità dell'assistito in corso di validità Preventivo di ditta convenzionata S.S.N.

Il sottoscritto, l'assistito o la persona legalmente autorizzata, informato che i propri dati personali verranno utilizzati dalla ASL, titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari (c.d. dell'art.13 e 76 e ss. del D.lgs 196/2003), consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali per motivi sanitari.

Luogo e data _____ Firma dell'assistito _____
(o di chi ne fa le veci)

Spazio riservato alle ASL

Si autorizza/ non autorizza l'allegata prescrizione

Luogo e data _____ Il Responsabile del Servizio _____