REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n°2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
C.F. e P. IVA 02307130696
UOSD -NUCLEO OPERATIVO DISTRETTUALE – GUARDIAGRELE
Dirigente Responsabile Dott.ssa Lucilla Gagliardi
Ufficio Protesi ed ausili – tel 0871/899283– fax 0871/899229 *e-mail : protesica.guardiagrele@asl2abruzzo.it*

RICHIESTA DI AUSILI E APPARECCHI PROTESICI

Spett.le ASL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti
UOSD
NOD- di Guardiagrele

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ____/____/_____ residente a _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

C H I E D E

In qualità di: ☐ Titolare ☐ Coniuge ☐ Genitore ☐ Parente in linea retta fino al terzo grado ☐ Tutore

Per se medesimo o in favore di _____

Nato/a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. ____ Codice Fiscale _____

La fornitura di _____ ☐ 1^ fornitura ☐ fornitura successiva (rinnovo)

☐ Ultima fornitura in data _____/_____/_____ -si allega impegnativa medico curante _____

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

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- ○ Copia Verbale di invalidità o ricevuta di avvenuta presentazione della domanda e -relativo certificato medico allegato-;
- ○ Preventivo Ditta _____
- ○ Prescrizione Specialistica _____
- ○ Copia del documento di identità dell'assistito in corso di validità e autocertificazione.

Data: _____ Firma _____

==========

Spazio riservato alla ASL

☐ Si autorizza ☐ non si autorizza

Parere del Medico del Servizio

_____

_____

Guardiagrele, lì _____ _____
(firma)