



REGIONE ABRUZZO  
 AZIENDA U.S.L. 03 LANCIANO - VASTO  
 Via S. Spaventa, 37 - 66034 LANCIANO

AL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE  
 c/o Presidio Ospedaliero "Renzetti"  
 Via del Mare, 1 - Lanciano  
 Tel 0872706269 (ore 9-12) Fax 0872706268

Oggetto: Richiesta Assistenza protesica ai sensi delle leggi 30.03.71 n. 47 e 23.12.78 n. 833 Art. 36 e n. 332/99 e successive integrazioni.  
 Autorizzazione al trattamento dei dati personali limitatamente a quanto previsto dalla L. 675/96 e successive integrazioni e modifiche.  
 Aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica ex Art. 2 c.1 DM 332/99.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (DPR 445/00)**

Cognome e Nome ..... nato/a il .....  
 a ..... e residente a .....  
 in via ..... CodFisc. .... Tel. ....

ESAME OTOSCOPICO: Au DX ..... Au SX .....

Esami eseguiti (allegati):  Audiometria  Impedenziometria  Altro .....

**TIPO IPOACUSIA:**

Trasmissiva (conduttiva)  Mista  Centrale  
 Neurosensoriale cocleare (recettiva)  Neurosensoriale retro-cocleare  Percettiva a sede non definibile

In caso di tipologia di differenze specificare:

Dx ..... Sx .....

**Dati relativi alla protes**

**A) Caratteristiche di base:**

Retroauricolare  Gruppo 1  Gruppo 2  DX  
 Occhiali (21.45.09)  VA (003)  VA (009)  SX  
 Scatola (21.45.12)  VO (006)  VO (012)  Riconducibile (\*)

(\*) Il presidio è riconducibile a giudizio dello specialista (art. 1 c.5 D.M. 332/99).

B) In caso di differente protesizzazione fra le due orecchie si prescrive:

Dx ..... Sx .....

C) Si prescrivono auricolari tipo: .....

D) Accessori: .....

F) Successivi controlli: .....

Reservato al Servizio

E) Se la presente prescrizione si riferisce ad un cambio o sostituzione di una protesi, indicarne i motivi:

Data ..... Timbro e Firma dello Specialista .....

Il Richiedente ..... (nr.doc. ....), vista la prescrizione (quanto sopra) dichiara

- di confermare i dati dell'autocertificazione e di essere a conoscenza della responsabilità penale cui, ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 403/98, può incorrere in caso di dichiarazione falsa e mendace;
- di scegliere la ditta ....., quale ditta fornitrice;
- di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico AUSL il presidio che riceverà entro 20 gg dalla consegna;
- di impegnarsi a restituire il presidio ricevuto qualora non sia più necessario od idoneo alle proprie esigenze;
- di non aver già pagato o dato acconti per la fornitura di che trattasi alla Ditta scelta.

Data ..... Il Richiedente .....

Vista la prescrizione specialistica, riscontrato il preventivo della Ditta e valutati i requisiti di invalidità:

Il Responsabile del Procedimento	Il Dirigente Medico	Il Responsabile del Servizio

Posizione  I  E Precedente  SI  NO Registrazione  AS  PC Autorizzato  SI  NO Archivio    
 Tipo di Fornitura  1 Prima fornitura  2 Rinnovo  3 Riparazione  4 Sostituzione