



Oggetto: richiesta assistenza protesica ai sensi delle leggi 30.03.71 n. ex 118 o 23.12.78 n.883 Art.26 e n.332/99 e successive integrazioni.  
Autorizzazione al trattamento dei dati personali limitatamente a quanto previsto dalla L.675/96 e successive integrazioni o modifiche.  
Avanti diritto alle prestazioni di assistenza protesica ex Art.2 c.1 DM 332/99.

Assistito

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

Diagnosi: .....

Prescrizione.....

- |                   |                  |                  |
|-------------------|------------------|------------------|
| 1) Cod.....N..... | 4)Cod.....N..... | 7)Cod.....N..... |
| 2) Cod.....N..... | 5)Cod.....N..... | 8)Cod.....N..... |
| 3) Cod.....N..... | 6)Cod.....N..... | 9)Cod.....N..... |

Programma terapeutico:

- 1) Fini da conseguire.....
- 2) Tempi di impiego del presidio.....
- 3) Variazioni prevedibili nel tempo.....
- 4) Controindicazioni e limiti di impiego.....
- 5) Successivi controlli.....
- 6) Necessità di urgenza.....

RISERVATO AL SERVIZIO

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

- (1) Per le protesi e presidi di alto costo, o con peculiari caratteristiche, è indispensabile la relazione dettagliata dello specialista
- (2) Nei casi di cui agli Artt.2 co.1 e 4 art.6 D.M.332/99, la necessità ed urgenza deve essere espressamente motivata dallo specialista

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (DPR 445/00)

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

1. 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;
2. di scegliere la Ditta.....
3. di impegnarsi a sottoporre a collaudo del Medico AUSL il presidio che riceverà entro 20 gg. dalla consegna
4. di impegnarsi a restituire il presidio ricevuto qualora non sia più necessario o idoneo alle proprie esigenze
5. di non aver già pagato o dato acconti per la fornitura di che trattasi alla Ditta scelta

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

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE

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
-----------	---	---	------------	----	----	---------------	----	----