

AL P.U.A. di VIBO VALENTIA ASP VV

AL P.U.A. di SORIANO CALABRO ASP VV

AL P.U.A. di TROPEA ASP VV

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

-per se stesso-

-Per il Sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

-Autorizzazione alla fornitura e riparazione di ausili e presidi

-Rinnovo fornitura ausili \_\_\_\_\_

-Trattamento riabilitativo \_\_\_\_\_

-Domicilio dell'avente diritto se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

### ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE:

- 1) Copia del verbale di invalidità ;
- 2) Copia tessera sanitaria e documento di identità dell'assistito;
- 3) Certificato medico specialistico con relativa prescrizione;
- 4) Delega (in caso di richiedente diverso dal fruitore) e copia del documento di identità.

## DICHIARA

1) Di impegnarsi a sottoporre a collaudo dello specialista prescrittore o della sua Unità Operativa il dispositivo protesico ricevuto entro venti giorni dalla consegna e far pervenire copia di tale collaudo al servizio erogante;

2) di non aver ottenuto quanto prescritto da altri Istituti o Enti, né di richiederlo successivamente;

3) di essere a conoscenza della gratuita fornitura dei presidi N.T. e della illegittimità di richiesta di pagamento da parte della Ditta fornitrice;

4) di comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di necessità, domicilio o, eventuale, decesso dell'assistito al fine di garantire la sospensione della fornitura o il ritiro degli ausili. In mancanza di tale comunicazione l'ASP si riserva eventuali richieste di rimborso o risarcimenti.

5) Di conservare ed utilizzare il bene consegnato con cura e diligenza nonché restituirlo allorquando non dovesse essere più necessario.

In caso di inadempienza ad una o più punti di quanto dichiarato l'ASP potrà procedere, nei confronti dell'utente, al recupero della somma autorizzata per il presidio fornito (circolare Ass.to Reg.le Sanità n. 1295 del 15/05/1995).

## DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELLA NORMA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (grado di parentela o rappresentante legale)

del Sig. \_\_\_\_\_ si impegna ad ottemperare a quanto sopra dichiarato

ed alle prescrizioni dell'ASP. Inoltre autorizza l'ASP al trattamento dei dati personali in osservanza delle disposizioni di legge.

firma

