

- SERVIZIO PROTESICO - AREA TERRITORIALE DI VIBO VALENTIA
- SERVIZIO PROTESICO - AREA TERRITORIALE DI SERRA SAN BRUNO
- SERVIZIO PROTESICO - AREA TERRITORIALE DI TROPEA

__/__/__ sottoscritt _____ Telefono _____

Nat__ il _____ a _____ e residente
In _____ Via _____ n° _____

CHIEDE

- per se stesso
- per il Sig. _____
Nat__ il _____ a _____ e residente
In _____ Via _____ n° _____

- Autorizzo alla fornitura-riparazione di ausili;
- Rinnovo fornitura ausili _____
- Domicilio dell'avente diritto se è diverso della residenza in
In _____ Via _____ n° _____

ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE:

- 1) Copia del Verbale di invalidità Civile con diagnosi;
- 2) Copia Documento Di Identità e Tessera Sanitaria dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- 3) Certificato medico specialistico con relativa prescrizione in originale;
- 4) Delega (in caso di richiedente diverso dal fruitore);

DICHIARA

- 1) di impegnarsi a sottoporre a collaudo dello specialista proscrittore 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 quanto ottenuto quanto prescritto da altri Istituti o Enti, né di richiederlo successivamente;
- 3) di essere a conoscenza della gratuita fornitura dei presidi del 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'ASL 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. _____ s'impegna ad ottemperare a quanto sopra dichiarato ed alle prescrizioni dell'ASP.

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

Data _____

IN FEDE

DELEGA
alla presentazione/ritiro della documentazione per la fornitura di presidi ed ausili

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
Servizio Assistenza Integrativa Protesica

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____

il ____/____/_____/ residente a _____ Tel. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Estremi del documento di riconoscimento _____ rilasciato il _____ del Comune di _____

CF.: _____, per se stessi / per il familiare _____

nat _____ il _____ a _____

destinatario della fornitura del presidio/ausili oggetto dell'istanza da me sottoscritta,

DICHIARO

di essere impossibilitato/a, per motivi personali, a recarmi presso i competenti Uffici di codesta A.S.P. e pertanto

delego il Sig./la Sig.ra/ _____ nat _____ a _____

il ____/____/_____/ residente a _____ Tel. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Estremi del documento di riconoscimento _____ rilasciato il _____ del Comune di _____

CF.: _____

Alla presentazione e/o il ritiro della documentazione riconducibile alla fornitura del presidio/ausilio sanitario oggetto della presente istanza, previa esibizione di un valido documento di riconoscimento.

Allego alla presente le fotocopie dei rispettivi documenti di identità.

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta: 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, anche a fini diversi da quelli connessi con la presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti 1, 2, 3, 4. Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni.

Data _____

Il Delegante (l'assistito richiedente): _____

(firma leggibile per esteso)

Il Delegato, per accettazione: _____

(firma leggibile per esteso)

Data _____

Il responsabile

