

SPETTABILE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SERVIZIO PROTESICO D.S.B.
MODERATA DURANT
89900 VIBO VALENTIA

Il sottoscritt _____ Telefono _____
Nat il _____ a _____ e residente
in _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

- per se stesso
 per il Sig. _____
nato il _____ a _____ e residente
in _____ Via _____ n. _____
- Autorizzazione alla fornitura-riparazione di ausili;
 - Rinnovo fornitura ausili _____
 - Trattamento riabilitativo _____
 - Domicilio dell'avente diritto se è diverso dalla residenza in
_____ Via _____ n. _____

ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE:

- 1) Copia del verbale di invalidità;
- 2) Copia Tessera Sanitaria;
- 3) Certificato medico specialistico con relativa prescrizione;
- 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 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 delle disposizioni di legge.

Data _____

IN FEDE