

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