



Richiesta prestazioni di assistenza protesica (D.M. n° 332 del 27.08.1999)

		Distretto Presid	U.O.C. Cure Primarie dio
II/la Sottoscritto/a			
	DICHIAF	RA	
di essere nato/a a		il//_	
residente a	Prov. () vi	ia	n°
Capcodice fi	scale	telefono	
e-mail			
domiciliato/a a (solo se divers	o dalla residenza) a		
Prov. () in via		n°	Cap
Casa di riposo		_RSA	
E CHIE	DE L'AUTORIZZAZIONE	E PER LA FORNITU	JRA DI
 per sè; per il minore sotto indicato per la persona sotto indica e/o delegato nel caso di im 	ta (in qualità di tutore, curato pedimento temporaneo).	ore, amministratore di	
Nome e Cognome			
nato/a a	il//	residente a	
Prov. () via	n°	Cap	_
telefono	e–mail		
domiciliato/a a (solo se divers	o dalla residenza) a		
Prov. () in via		n°	Cap
Casa di riposo		RSA	





Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato i trovi temporanaemente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazi ramite servizio postato e con antiventica di altro concumento di identità del soroscrittore (e noto che l'istanza contiene dichiarazioni sostitutive di cerrificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed é quindi soggetta alla dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio contrattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutti per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Directore PUA	
Irichiedente allega:	
prescrizione medica dello specialista pubblico; documento di riconoscimento del beneficiario; copia del verbale di invalidità; tessera sanitaria; preventivo di spesa; scheda tecnica; delega (se il richiedente é diverso dal diretto interessato); documento di riconoscimento del delegato; altro	
documento di riconoscimento del beneficiario; copia del verbale di invalidità; tessera sanitaria; preventivo di spesa; scheda tecnica; delega (se il richiedente é diverso dal diretto interessato); documento di riconoscimento del delegato; altro_ Indicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni: Luogo e data Informativa ai sensi del DPR 445/00 Indicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni: Luogo e data Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se incressato el minore, firma uno dei genicori o chi ha la potentà persona di senso di abiato, piò firmare il conigge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parere coltarare fino al terro grado (art. 4). Qualora la presente instana non venisse firmas dell'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevera la documentaza tranita servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autemicata di un documento di identità del sonostritore fonto che l'istanza contiene dichiazzoni sossituate di erificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 45 e 47 del DPR 445/2000 ed e quindi soggetta alli dalla lagge per fila extressazioni e mendaci dichiarazzioni richiamate dall'altr. 76. Ill'a sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio ci trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili inferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutto per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data Firma per ricevuta, conformità e completezza Loperatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SANIPRO Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza Loperatore PUA Data e Firma	
copia del verbale di invalidità; copia del verbale di invalidità; preventivo di spesa; scheda tecnica; delega (se il richiedente é diverso dal diretto interessato); documento di riconoscimento del delegato; altro Indicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni: Luogo e data Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato e minore, firma uno dei genitori o chi ha la potesti genitoriale (art. 5). Se l'interessato i trovi temporaneamento impedito a cuas del suo stato di saluto, puo firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parere se l'interessato introvi temporaneamento impedito a cuas del suo stato di saluto, puo firmare in coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parere se l'interessato in trovi temporaneamento impedito a cuas del suo stato di saluto, puo firmare di coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parere se l'interessato si trovi temporaneamento impedito a cuas del suo stato di saluto, puo firmare di coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parere se l'interessato si trovi temporaneamento impedito a cuas del suo del suo del signamento del gipendente addetto a recever la documentazi nono co de l'itanza coniene dichiarazioni osotisturbe di certificazione e di atto di nocorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta all dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela del dati personali el correcta, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta all dalla legge per false attestazioni el trutti propro in dati personali el consibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutto per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuza, co	
contents of the spesa; scheda tecnica; delega (se il richiedente é diverso dal diretto interessato); documento di riconoscimento del delegato; altro lindicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni; lindicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni; lindicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni; lindicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni; lindicare la modalità deve de la consecuence de l'accompositioni de la consecuence de l'accompositioni con al consecuence del dipendente addetto a ricevere la documenzazioni es l'interessato in troi temporaneamente impedio a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren Se l'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documenzazionario de servizio pottale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autoriorida del disconsissativa del certificazione ed atto di notorieta, rese al sensi degli art. 46 e 47 del DFR 45/2000 del del disconsistante del confidente del modalità del sotostatica non autoriorida del consociento del modo del modalità del personali e legge sulla tutta dei personali (D.L.gs. 196/2003) Illa sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio ci trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutto per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma completezza L'operatore PUA Data e firma Codice prescrizione SAN-PRO Prima per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Prima per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA	
preventivo di spesa; scheda tecnica; delega (se il richiedente é diverso dal diretto interessato); documento di riconoscimento del delegato; altro	
delega (se il richiedente é diverso dal diretto interessato); documento di riconoscimento del delegato; altro	
delega (se il richiedente é diverso dal diretto interessato); documento di riconoscimento del delegato; altro	
documento di riconoscimento del delegato; altro	
Indicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni: Luogo e data Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno del genitori o chi ha la potestà genitoriale (arr. 5). Se l'interessato è minore, firma uno del genitori o chi ha la potestà genitoriale (arr. 5). Se l'interessato è minore, firma uno del genitori o acuas del suo stato di salute, può firmare il conluge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentaza ricumite servizio postale o con altre modalità, deve sesser presentata unitamente a copio ficostatica non autenticata di un documento di dientità del soccioratione (o noto che l'istanza contiene dichiarzaioni sottutive di cerrificzione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta alli dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarzazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutetala dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Ill/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio co trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutti per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Europea della ASI. Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA L'operatore PUA	
Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato i trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collatera fino al terzo grado (art. 4), Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricovere la documentazi trainite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di dientità del sotosorittore (noto che l'istanza contiene dichiarazioni sotitutive di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta alla dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei data personali (D.Lgs. 196/2003) Ill/a sottoscritto/a dichiara, ai sensi della Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio co trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutti per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza Loperatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA	
Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato i trovi temporanaemente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazi ramite servizio postato e con antiventica di altro concumento di identità del soroscrittore (e noto che l'istanza contiene dichiarazioni sostitutive di cerrificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed é quindi soggetta alla dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio contrattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutti per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Directore PUA	
Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato i trovi temporanaemente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazi ramite servizio postato e con antiventica di altro concumento di identità del soroscrittore (e noto che l'istanza contiene dichiarazioni sostitutive di cerrificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed é quindi soggetta alla dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio contrattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutti per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Directore PUA	
Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazi tramite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenta di un documento di identità del sotoscrittore (a noto che l'istanza contiene dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta alli dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Ill'la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio contrattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutto per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Elevata per l'assistito	
Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazi tramite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenta di un documento di identità del sotoscrittore (a noto che l'istanza contiene dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta alli dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Ill'la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio contrattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutto per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Elevata per l'assistito	
Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazi tramite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenta di un documento di identità del sotoscrittore (a noto che l'istanza contiene dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta alli dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Ill'la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio contrattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutto per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Elevata per l'assistito	
Informativa ai sensi del DPR 445/00 Se l'interessato è minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazi tramite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenta di un documento di identità del sotoscrittore (a noto che l'istanza contiene dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed è quindi soggetta alli dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Ill'la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio contrattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutto per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Elevata per l'assistito	
Se l'interessato é minore, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato is trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro paren collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presentza del dipendente addetto a ricevere la documentazi tramite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sotoscrittore (a noto che l'istanza contiene dichiarazioni sottuttive di certificazione ed iatto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 ed é quindi soggetta alle dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76. Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) Ill/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679 di dare il proprio c trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istrutte per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali. Luogo e data firma Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA	
Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA L'operatore PUA	rt. 38). Si rende pene previste onsenso al
Spazio di competenza della ASL Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA L'operatore PUA	
Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA Data e Firma Codice prescrizione SAN.PRO Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA	
Codice prescrizione SAN.PRO	
Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA	
Ricevuta per l'assistito Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA	
Firma per ricevuta, conformità e completezza L'operatore PUA	
L'operatore PUA	
Data e Firma	
Codice prescrizione SAN.PRO	