

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER LA FORNITURA DI PROTESI, PRESIDI
ED AUSILI SANITARI NON PREVISTI DAL NOMENCLATORE-TARIFFARIO**

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ in qualità di medico
di Struttura pubblica, specialista in _____ dichiaro di avere in cura il/la Sig. (il/la
minore) _____, nato/a _____
_____ il _____ affetto/a da¹: _____

e che, per tale patologia, lo/a stesso/a, è stato/a riconosciuto/a (per i minori di anni 18 non è richiesto tale riconoscimento)

invalido civile sordomuto cieco civile

La patologia da cui è affetta la persona da me assistita **richiede un piano di intervento strutturato che si pone,**
responsabilmente, **i seguenti obiettivi** (*precisare le finalità riabilitative in relazione al tipo di invalidità e/o l'efficacia nel
miglioramento della qualità della vita*)

che richiedono, di necessità, **la fornitura straordinaria dei seguenti ausili/dispositivi/protesi/presidi:** (*precisare*)

dei quali, in considerazione della **indispensabilità e insostituibilità**, **preciso** le specifiche tecniche identificative:

**Attesto infine che quanto da me prescritto non è riconducibile a nessun ausilio/dispositivo/protesi/presidio previsto dal
Nomenclatore-Tariffario e che non sussistono controindicazioni all'utilizzo in sicurezza** di quanto sopra indicato.

Dichiaro, inoltre, sotto la mia personale responsabilità, **che quanto prescritto risulta appropriato alla
cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente ed è in linea con gli standards di buona
pratica clinica** e che il piano di cura prescritto sarà da me costantemente monitorato per valutarne l'efficacia e gli outcomes.

Dichiaro, infine, di essere disponibile a rappresentare e discutere quanto da me prescritto alla apposita Commissione istituita
presso la AUSL e che, a tale scopo, posso essere contattato al seguente n. telefonico _____.

In fede.

Data, _____

Timbro e firma per esteso
(leggibile)

¹ indicare la diagnosi circostanziata e la descrizione del problema clinico