

Distretto \_\_\_\_\_

Modello C

**Richiesta prestazioni di assistenza protesica per soggetti amputati d'arto, donne mastectomizzate o affette da malformazioni congenite della mammella, soggetti sottoposti ad intervento demolitore dell'occhio ( DM n°332 del 27/8/99 e DM n°321 del 31/5/01)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Casa di riposo \_\_\_\_\_ R.S.A. \_\_\_\_\_

Provvisto di:

- prescrizione specialistica allegata
- preventivo di spesa rilasciato da una sanitaria o da officina ortopedica

In carico a Servizi ASL SI  Specificare quale \_\_\_\_\_

NO

### CHIEDE

La fornitura di :

- Protesi mammaria
- Protesi arto
- Protesi oculare

Estremi documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ di cui allega fotocopia ( solo in caso di delega nella presentazione della domanda ).

**DELEGA** alla consegna della presente domanda/ritiro autorizzazione

il /la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Ritiro personale dell'autorizzazione presso lo Sportello Unico di Distretto
- Spedizione della autorizzazione al domicilio sopra indicato

L'atto della richiesta è comprensivo del consenso alla divulgazione ai fini istituzionali dei propri dati

Data

Firma

\_\_\_\_\_

### Di Competenza della ASL

Definita Verifica Operatore Sportello Infermieristico                      Data                      Firma

Definita Istruttoria Operatore Amm.vo Back-Office                      Data                      Firma

Autorizzazione medico ASB                      Data                      Firma

Distretto \_\_\_\_\_

**Attestazione a firmare da chi non sa o non può firmare per impedimento**

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza da \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me

preventivamente individuato a mezzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Impedito a sottoscrivere

Per conto di \_\_\_\_\_

Impedito temporaneamente a sottoscrivere

Data \_\_\_\_\_

**IL FUNZIONARIO ADDETTO**

\_\_\_\_\_