



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
[www.aslavellino.it](http://www.aslavellino.it)

Prot.n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Distretto Sanitario n. 3 di Sant'Angelo dei Lombardi

Oggetto: richiesta Protesi/Ausili

Prima istanza       Rinnovo

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole, secondo quanto prescritto dal D.P.R. 28/12/00 n. 445, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ di essere invalido \_\_\_\_\_; in attesa di invalidità \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

di avere in uso altri ausili/presidi \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DI**

Protesi/Ausili \_\_\_\_\_

Protesi Acustiche

Pannoloni     Traverse     Cateteri/Buste     materiale di medicazioni     Ausili per stomizzati

**A tal proposito allega:**

- autocertificazione \_\_\_\_\_
- ultimo verbale di riconoscimento della invalidità civile/domanda
- prescrizione UVBR/ Medico Prescrittore
- fotocopia documento di riconoscimento del richiedente

• Si impegna alla consegna dell'avvenuto collaudo entro 20 giorni consapevole che la mancata effettuazione per inadempienza e senza giustificato motivo, renderà la spesa a carico dell'utente.

• Si impegna alla restituzione di tutti gli ausili / Presidi non personalizzati "che restano di proprietà dell'ASL", in caso di mancato utilizzo o cambiamento delle condizioni cliniche, dandone comunicazione al Distretto per consentire il ritiro da parte della ditta incaricata. Tel. Fax. 0827-216912-216924

• Dichiara di aver ricevuto e sottoscritto l'informativa di cui all'articolo 13 del D.lgs.196/2003 relativamente ai diritti in materia di privacy e di acconsentire al trattamento dei propri dati con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque conesse alla gestione della presente richiesta

DELEGA

IL Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

A presentare e seguire la presente istanza; allegando fotocopia del proprio documento di riconoscimento

Firma del richiedente

Firma del delegato