



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
VITERBO



REGIONE  
LAZIO

## Richiesta prestazioni di assistenza protesica

(D.M. n° 332 del 27.08.1999)

U.O.C. Cure Primarie

Distretto \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

domiciliato/a a (solo se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Casa di riposo \_\_\_\_\_ RSA \_\_\_\_\_

### E CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE PER LA FORNITURA DI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- per sè;
- per il minore sotto indicato (in qualità di esercente la patria potestà);
- per la persona sotto indicata (in qualità di tutore, curatore, amministratore di sostegno, parente e/o delegato nel caso di impedimento temporaneo).

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

Prov. (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

domiciliato/a a (solo se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Casa di riposo \_\_\_\_\_ RSA \_\_\_\_\_



Si specifica che il beneficiario risulta:

- non in carico ai servizi Asl;  
 in carico ai servizi Asl: \_\_\_\_\_

Il richiedente 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 \_\_\_\_\_

Indicare la modalità con la quale si desidera ricevere le principali comunicazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

firma

**Informativa ai sensi del DPR 445/00**

Se l'interessato é 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 parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altre modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38). Si rende 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 é quindi soggetta alle pene previste 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 consenso al trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istruttoria, nonchè 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 \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_

Codice prescrizione SAN.PRO \_\_\_\_\_