

Prot. PG/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- Distretto Sanitario Ghilarza – Bosa
- Distretto Sanitario Ales- Terralba
- Distretto Sanitario Oristano

\_l\_ Sottoscritt\_

Assistito  Familiare  Tutore  Delegato (allego delega)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000)

Dichiara

di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Chiede per

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Di poter usufruire della fornitura di \_\_\_\_\_  
come da prescrizione medica allegata.

Chiede che gli ausili protesici richiesti vengano consegnati a domicilio presso:

Allega:

- copia del verbale di visita della Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile ovvero copia della domanda.
- Certificazione medica attestante la patologia con disabilità e programma riabilitativo  
Allegato 1 - Allegato 1A - Allegato 1B
- prescrizione, da parte del medico specialista o MMG, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa Sanitariaprevista dall'art.50 della L. 326/03.
- Copia del documento d'identità (dell'assistito e del delegato)
- altro \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Il sottoscritto \_\_\_\_\_ assistito o persona autorizzata per il ritiro della documentazione sanitaria essendo stato informato di quanto enunciato all'art.75 e seguenti del D.lg n.196 del 30 giugno 2003 (normativa privacy) acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_