



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
ASL _____

Allegato 2

| |
|---|
| ASSISTENZA PROTESICA |
| Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore) |

Autorizzazione n° _____

Data _____

| |
|--|
| NOME _____ COGNOME _____ |
| C.F. _____ |
| Nato a _____ il _____ |
| Residente in _____ |
| Via _____ N° _____ Tel. _____ |
| (se indirizzo diverso da residenza) Domiciliato in _____ |
| Via _____ N° _____ Tel. _____ |
| Vista la prescrizione dello specialista Dott. _____ |
| <input type="checkbox"/> del Presidio di _____ |
| <input type="checkbox"/> del Presidio Ospedaliero _____ |

fornitura di presidio riparazione di presidio

ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

Presidi autorizzati alla fornitura

| Descrizione Presidio | Codice Tariffario | Quantità | Prezzo |
|----------------------|-------------------|----------------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | Importo totale | |

Il Responsabile del Servizio

Il Funzionario Amministrativo



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

| | | |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">Collaudo</p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p style="text-align: center;">Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Data _____</p> | <p style="text-align: center;">Azienda Fornitrice</p> <p style="text-align: center;">(Timbro)</p> | <p style="text-align: center;">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</p> <p style="text-align: center;">L'Assistito</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Data _____</p> |
|--|--|--|

Nota informativa

L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato **entro xx giorni** dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico.

Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto dall'Allegato 12, art. 1, comma 13.

I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito _____

data _____