



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Servizio Sanitario – Regione Sardegna  
ASL \_\_\_\_\_

Allegato 3

<b>ASSISTENZA PROTESICA</b>
Dichiarazione di informativa

Il sottoscritto:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tutore di:

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_

dichiara

di essere stato informato dei limiti previsti dall'art.18, comma 10, lettera b) del DPCM 12 gennaio 2017, che prevede il rinnovo \_\_\_\_\_ ( indicare la tipologia del presidio) , prima che siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo pari a \_\_\_\_\_.

Il presidio autorizzato dall'Azienda ASL in data \_\_\_\_\_ è stato dichiarato inutilizzabile per:

- rottura accidentale
- usura
- impossibilità tecnica alla riparazione o non convenienza alla riparazione
- non perfetta funzionalità del presidio riparato

Note

---

---

---

---

---

L'Assistito \_\_\_\_\_

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