ASLSassari

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
Azienda Sanitaria Sassari
Ufficio Assistenza Protesica e integrativa

ALLEGATO 4

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
DOMANDA DI FORNITURA PROTESICA/INTEGRATIVA E AUTOCERTIFICAZIONE

Spett. Azienda Sanitaria Sassari
Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

IL SOTTOSCRITTO:

- ❑ TITOLARE
- ❑ CONIUGE
- ❑ GENITORE
- ❑ PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL TERZO GRADO
- ❑ TUTORE

NOME_____ COGNOME _____ ETÀ _____

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di essere nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ via _____ n° _____ tel. _____

CHIEDE Per sè

Ovvero per _____ che il sottoscritto ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000 dichiara

essere nato a _____ il _____

e residente in _____ via _____ n° _____ C.F._____

di poter usufruire della fornitura di:

_____

di cui all'allegata prescrizione specialistica

ALLEGA

- ❑ Copia del verbale di Visita della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile
- ❑ Certificazione medica specialistica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma riabilitativo come da ☐ **ALLEGATO 1** ☐ **ALLEGATO 1A** ☐ **ALLEGATO 1B**
- ❑ Prescrizione, da parte dello Specialista, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria Prevista dall'art. 50 della L. 326/03;
- ❑ Copia del documento di identità (dell'assistito)

Luogo e Data_____ Firma dell'assistito _____
(o di chi ne fa le veci)

• • • •