

MODULO ALLEGATO 3

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA DICHIARAZIONE DI INFORMATIVA
--

Il sottoscritto :

NOME _____ COGNOME _____

N ato a _____ il _____ C.F. _____

Residente 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.5 comma 3 del D.M. 332/99, che prevede il rinnovo **PER UNA SOLA VOLTA** del presidio _____ (indicare la tipologia del presidio), prima che siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo pari a _____.

Il presidio autorizzato dall'Azienda Sanitaria in data _____ è stato dichiarato inutilizzabile per:

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

NOTE

L'Assistito

LUOGO E DATA _____