

Regione Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
(A.S.P.)

MODELLO PER RICHIESTA DI AUSILI RICONDUCEBILI

Autorizzazione N°	Del
-------------------	-----

A.S.U S L	N° 2 POTENZA
-----------	--------------

Distretto	D.S.B. Il liv. Potenza
-----------	------------------------

ASSISTITO			
COGNOME		NOME	
Luogo di nascita		Data	
Luogo di residenza		Provincia	
Via		Telefono	

DIAGNOSI ACCERTATA			

AUSILI CODICE D.M. 332/99 AUSILIO RICONDUCEBILE	DESCRIZIONE	QUANTITA'	CODICE PRODUTTORE	MARCA

SI RICHIEDE UN AUSILIO NON CONTEMPLATO NEL D.M. 332/99 MA RICONDUCEBILE PER CARATTERISTICHE FUNZIONALI A QUELLO PRESCRITTO, PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

Timbro e firma dello Specialista

 Il Dirigente Medico

RISERVATO ALL'UFFICIO PROTESICA Vista la D.G.R. Basilicata del 12/12/2005 n.2564 - SI AUTORIZZA
--