

All'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (A.S.P.)
Distretto Sanitario di II° livello di Potenza
Ufficio Assistenza Protesica
C.so Umberto 22
85100 POTENZA

.....sottoscritt.....(parentela).....
per l'assistitonato a.....
il residente a In Via /C.da

CHIEDE

La fornitura di

A tal fine dichiara:

- Di scegliere, per la fornitura richiesta, la ditta.....
- Di impegnarsi a sottoporre quanto fornito, al collaudo da parte dello Specialista prescrittore o della sua Unità Operativa entro 20 giorni dalla consegna, ai sensi dell'art. 4 c.10 del D.M.332/99, e di produrne le risultanze entro i successivi 5 giorni agli sportelli di questo Ufficio;
- Che i dati prodotti sono veritieri e sussistenti alla data odierna.
- Di essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci. (art. 26 L. 15/68, richiamato dall'art. 6 comma 2 del D.P.R. n° 403/1998);
- Di assumersi l'impegno di comunicare a questo Ufficio le eventuali variazioni dello stato di invalidità avvenuto a seguito di accertamento della commissione medica di verifica del Ministro del Tesoro;
- Di autorizzare questa Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dati ai sensi della Legge 196/03.
- Di impegnarsi a comunicare a questo Ufficio Protesica per vie brevi (tel. 097126915) qualsiasi variazione, anche temporanea, la tipologia e la quantità degli ausili monouso(pannoloni, traverse,cateteri, ecc.) ricevuti mensilmente.
- Di non trovarsi nelle condizioni di ricoverato presso strutture sanitarie pubbliche o convenzionate al momento della richiesta il fruizione degli ausili e/o presidi di cui all'allegata prescrizione.

Data

Firma

N.B. L'A.S.P. si riserva di effettuare in qualunque momento presso il domicilio del richiedente la verifica qualitativa del presidio erogato ed il soddisfacimento dell'utenza.

(RISERVATO ALL'UFFICIO)

Ultima fornitura Precedenti per altri presidi

Invalidità civile% diagnosi

L'addetto