

Prot. _____
Data _____

DOMANDA RILASCIO AUTORIZZAZIONE

ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Nascita: Città _____ Data _____
Residenza: Città _____ Via _____ N° _____
Recapiti telefonici: _____

SOTTOSCRITTORE

Cognome _____ Nome _____
Nascita: Città _____ Data _____
Residenza: Città _____ Via _____ N° _____
Recapiti telefonici: _____
Rapporto con l'Assistito: _____

DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITA'

Sotto la mia **personale responsabilità** dichiaro che:
a) I dati anagrafici miei e dell'Assistito sopra scritti sono veritieri;
b) L'Assistito E' esistente in vita e NON è ricoverato in Istituto;
c) In caso di decesso dell'Assistito prima dell'emissione dell'autorizzazione, non procederò al suo ritiro dandone comunicazione all'ASL.

ALTRE DICHIARAZIONI

In merito alla richiesta dichiaro: _____
Dichiaro inoltre di essere consapevole che ai fini dell'autorizzazione l'ASL può richiedere certificazione e/o documentazioni integrativa.
AUTORIZZO L'ASL al trattamento dei dati personali ai fini sanitari ed amministrativi connessi all'autorizzazione, ivi compresa la comunicazione a terzi se necessaria; nonchè per il loro inserimento nelle banche dati dell'ASL e la loro comunicazione alle Autorità superiori.

N.B.

Per i minori non è necessario allegare la documentazione di riconoscimento dello stato d'invalidità. L'ASL si riserva il diritto di richiedere certificazione specialistica integrativa ove lo ritenga necessario ai fini della verifica della sussistenza dello stato di bisogno.

L'OPERATORE

FIRMA

Data

RITIRO

DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITA'

Sotto la mia **personale responsabilità** dichiaro che:
a) L'Assistito E' esistente in vita e NON è ricoverato in Istituto;
B) L'ASL ha ottemperato all'obbligo di cui all'art. 4 punto 10 del D.M. 27 agosto 1999 n. 332, avendomi informato che l'Assistito, o chi per lui se impedito, deve sottoporre a collaudo presso il medico prescrittore le protesi e/o gli ausili tecnici entro 20 gg. dalla consegna.

Identificazione del sottoscrittore:

Documento _____ N° _____
Emesso il _____ da _____
L'OPERATORE

Data _____

FIRMA

