

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo



Assessorato della Salute

“Richiesta di autorizzazione per la concessione Protesi e/o Ausili”
(rilasciato ai sensi del D.A. 30 luglio 2021- GURS N.37parte I del 27/08/2021)

Azienda Sanitaria

Distretto Sanitario di

Il Sottoscritto (cognome e nome): _____ nato a _____ il ___/___/___

Codice fiscale _____ Sesso M F

Residente a _____ Via _____ ASP di residenza _____

in qualità di:

- titolare
 parente
 genitore
 Altro (specificare) _____

consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace, o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità giusta,

D I C H I A R A ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

che Sig. (cognome e nome): _____ nato a _____ il ___/___/___

residente a _____ Via _____ N° _____

Tel. _____

si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute. A tal fine allega apposita delega (mod. B1)

Dichiara inoltre:

C H I E D E

La concessione dei seguenti protesi e/o ausili:

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti al vero, dichiara che l'utente stesso ha ottenuto in precedenza, tramite il S.S.N., i seguenti ausili e/o presidi:

Le dichiarazioni sottoscritte sono state rilasciate ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N°445.

Allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

- verbale di invalidità civile;
- copia della documentazione inviata alla C.I.C. e della ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza;
- prescrizione specialistica;
- autocertificazione di residenza;
- documento di riconoscimento;
- tessera sanitaria o autocertificazione;

Il sottoscritto, consapevole che sarà responsabile della custodia e buona tenuta della protesi e/o dell'ausilio, inoltre si impegna a:

- ▶ **comunicare ogni variazione** di domicilio e/o di residenza del soggetto beneficiario della presente richiesta;
- ▶ **far effettuare il collaudo (ove previsto)** del presidio concesso entro e non oltre 20 giorni dalla consegna;
- ▶ ritirare il presidio autorizzato. Il mancato ritiro comporterà da parte dell'ASP **il recupero del costo sostenuto addebitandogli l'importo erogato alla ditta fornitrice;**
- ▶ consegnare all'ASP autocertificazione rilasciata ai sensi del D.P.R. 445/2000, per i soli dispositivi su misura, dove dovrà dichiarare oltre al nome della ditta prescelta, **il luogo dove sono avvenute le varie operazioni per il rilievo, il calco, la fornitura e la consegna del dispositivo.**

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta: 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, anche a fini diversi da quelli connessi con la presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti 1, 2, 3, 4. Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni.

Data _____ firma _____

N.B. Nel caso in cui il dichiarante non si presenti personalmente all'ufficio dovrà allegare copia del documento di riconoscimento.

Spazio riservato nel caso in cui l'assistito non può firmare

Dichiaro che la presente richiesta è stata a me resa dall'interessato in mia presenza previo accertamento dell'identità dello stesso mediante:

Estremi del documento di riconoscimento _____ rilasciato il _____ dal Comune di _____

Data _____ firma dell'impiegato _____