



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA

U.O. Assistenza Integrativa, Protesica ed Handicap Distretto di

.....

OGGETTO: **Richiesta fornitura dispositivi protesici**

Prima fornitura: si no

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N _____

TEL _____ CELL. _____

CHIEDE

PER SE STESSO

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'INVALIDO / DEL
MINORE _____

LA FORNITURA DI _____

SCEGLIE QUALE DITTA FORNITRICE _____

LA PRECEDENTE FORNITURA E' STATA EFFETTUATA IL _____

ALLEGA:

- Copia del verbale attestante l'invalidità
- Prescrizione del sanitario specialista operante presso la struttura pubblica o privata accreditata
- Preventivo rilasciato da ditta convenzionata con SSN con scheda progetto (se prevista)
- Autocertificazione attestante la nascita e la residenza
- Copia tessera sanitaria
- Copia documento di riconoscimento

SI IMPEGNA ALLA EFFETTUAZIONE DEL COLLAUDO PREVISTO ENTRO 20 GIORNI DALL'AVVENUTA CONSEGNA E ALLA RELATIVA TRASMISSIONE ALL'UFFICIO. SI IMPEGNA ALTRESI' ALLA RESTITUZIONE DEL DISPOSITIVO IN CASO DI TERMINATA UTILIZZAZIONE.

_____ li _____

FIRMA DELL'ASSISTITO O DEL DELEGATO
