

**RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA**

Parte riservata alla segreteria

N. progressivo di arrivo	Del	Posizione archivio n.
--------------------------	-----	-----------------------

Al DSS N°13, Servizio Assistenza Protesica

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		Documento identità	n.
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

 in qualità di:  diretto interessato

 Ovvero in qualità di:  genitore esercente la potestà  tutore  delegato (si fa rinvio all'atto di delega)  
 amministratore di sostegno  curatore

del seguente beneficiario:

Sig./Sig.ra			
nato/a a		Documento identità	n.
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

- CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura di \_\_\_\_\_ come da prescrizione specialistica allegata;
- DICHIARA che  trattasi di prima richiesta (non ha mai richiesto ausili protesici), ovvero  ha già ottenuto altri ausili protesici;
- DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- DI AVER PRESO VISIONE dell'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'assistenza protesica ed integrativa;
- DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, di non versare in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente;
- SOTTOSCRIVE autocertificazione residenza dell'interessato delegante/beneficiario;
- SI IMPEGNA a comunicare nel periodo intercorrente tra la presentazione della richiesta di assistenza protesica e la concessione degli ausili, tempestivamente (entro tre giorni) l'eventuale decesso del richiedente.

**SI INFORMANO GLI ASSISTITI CHE IN CASO DI ASSENZA DI AUTORIZZAZIONE QUESTO DISTRETTO SOCIO SANITARIO NON RISPONERÀ DELLA CONSEGNA ANTICIPATA DEI DISPOSITIVI PROTESICI.**

**AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA DEL BENEFICIARIO**

Il sottoscritto/a		C.F.
nato/a a		il
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 DICHIARA di		
essere residente a	( ) CAP	alla via
data		Firma

Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation)

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'ufficio ricevente \_\_\_\_\_

(Firma dell'addetto)