

Sede: via P. Fiore n. 135 - 70038 Terlizzi - Tel. 080.3608273

 Mail: [dss.ruvo@asl.bari.it](mailto:dss.ruvo@asl.bari.it) - PEC:  
[distretto2.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:distretto2.aslbari@pec.rupar.puglia.it)
**Servizio di Assistenza Protesica**

 via Ettore Fieramosca, 31 - Corato; tel. 080.3608604; email: [protesica.corato@asl.bari.it](mailto:protesica.corato@asl.bari.it)
**RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA**

Parte riservata alla segreteria

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

AI DSS 2, Servizio Assistenza Protesica

<b>Il/la sottoscritto/a</b>			
<b>nato/a a</b>		<b>Documento identità</b>	<b>n.</b>
<b>il</b>		<b>Rilasciato da</b>	
<b>C.F.</b>		<b>In data</b>	
<b>residente a</b>	<b>CAP</b>	<b>Prov.</b>	<b>Telefono</b>
<b>Via</b>			<b>E-mail</b>
<b>in qualità di:</b>	<input type="checkbox"/> diretto interessato		
<b>Ovvero in qualità di:</b>	<input type="checkbox"/> genitore esercente la potestà	<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> delegato (si fa rinvio all'atto di delega)
	<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> curatore	
<b>del seguente beneficiario:</b>			
<b>Sig./Sig.ra</b>			
<b>nato/a a</b>		<b>Documento identità</b>	<b>n.</b>
<b>il</b>		<b>Rilasciato da</b>	
<b>C.F.</b>		<b>In data</b>	
<b>residente a</b>	<b>CAP</b>	<b>Prov.</b>	<b>Telefono</b>
<b>Via</b>			<b>E-mail</b>

- **CHIEDE** il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura di \_\_\_\_\_ come da prescrizione specialistica allegata;
- **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;
- **ALLEGA** autocertificazione residenza dell'interessato delegante.

**AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA DELL'ISTANTE**

<b>Il sottoscritto/a</b>	<b>C.F.</b>
<b>nato/a a</b>	<b>il</b>
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 <b>DICHIARA</b> di	
<b>essere residente a</b>	<b>alla via</b>
(	CAP
)	
<b>data</b>	<b>Firma</b>

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)