

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

Mail: dss.ruvo@asl.bari.it - PEC:
distretto2.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Servizio di Assistenza Protetica
via P. Fiore, 135 - Terlizzi; tel. 080.3608423; email: protetica.terlizzi@asl.bari.it

RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTETICA

Parte riservata alla segreteria

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

Al DSS 2, Servizio Assistenza Protetica

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:	<input type="checkbox"/> diretto interessato		
Ovvero in qualità di:	<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	
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** 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

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)