



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina 263/n
98123 Messina - PIVA: 03051870834

Richiesta autorizzazione per la concessione di ausili e/o presidi ai sensi del D.M. n° 332 del 27.08.99

Distretto sanitario di:

sottoscritt nat il

residente a via

Telefono

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. 28.12.00 n. 445

in qualità di titolare parente delegato che

Sig. nato a il

residente a via n. telefono

si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

Dichiara inoltre:

C H I E D E

ai sensi del D.M. n° 332 del 27.08.99, e successive modifiche ed integrazioni, la concessione dei seguenti ausili e/o presidi:

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 più rispondenti al vero, dichiara che l'utente stesso ha ottenuto, tramite il S.S.N., i seguenti ausili e/o presidi:

Le dichiarazioni sottoscritte sono state rilasciate ai sensi del D.P.R. 28/12/00 n° 445

Si allegano 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: art. 2 comma E - art. 2 comma B
- Copia dell'invito ricevuto da parte della C.I.C. per essere sottoposto a visita (Soggetti in attesa di riconoscimento);
- Art. 2 comma C
- Proposta del medico curante attestante tipo e quantità del presidio/ausilio (su ricettario regionale)
- Prescrizione di un medico specialista di struttura pubblica su ricettario standardizzato del SSN
- Piano terapeutico riabilitativo assistenziale individuale redatto dal medico specialista
- Documento di riconoscimento dell'assistito
- Documento di riconoscimento del delegato
- Tessera Sanitaria e Documento di Iscrizione SSN o autocertificazione
- Scheda progetto/preventivo della Ditta

Il sottoscritto, infine, si impegna a :

far effettuare il collaudo del presidio concesso entro e non oltre 20 giorni dalla consegna (Art. 4 D.M. n° 332 del 27.08.99); restituire all'A.S.P. il presidio, qualora per qualsiasi motivo (miglioramento, diverse indicazioni terapeutiche, decesso, trasferimento, ecc...) vengano a decadere le motivazioni che hanno dato luogo alla sua concessione; trasmettere all'Ufficio Presidi/Ausili il verbale definitivo d'invalidità, ove non consegnato all'atto della richiesta , o eventuali variazioni; comunicare ogni variazione di domicilio e/o residenza del soggetto beneficiario della presente richiesta.

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 a definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti 1, 2, a3, a4.

Consapevole delle 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 di un documento di riconoscimento

Da compilare nel caso in cui l'assistito non sa o non può firmare

La presente richiesta è stata a me resa dall'interessato in mia presenza previo accertamento dell'identità dello stesso

mediante: carta d'identità n° rilasciata il dal Comune di

Patente n° rilasciata il da

Data

Firma dell'impiegato



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina 263/n
98123 Messina - PIVA: 03051870834

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi del R.E. 679/2016)

sottoscritt _____

Cod. Fisc. _____ in relazione alla richiesta formulatagli e presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del R.E. 2016/679 in particolare dei diritti a me riconosciuti a norma degli artt. Da 15 a 22 del R.E. sulla protezione dei dati personali:

- presta** il consenso al trattamento dei dati (anche particolari/sensibili) per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa
- non presta** il consenso al trattamento dei dati (anche particolari/sensibili) per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa *(il rifiuto a prestare il consenso comporta l'impossibilità ad eseguire la prestazione sanitaria richiesta)*
- presta** il consenso al trattamento dei dati sensibili per fini di ricerca scientifica e/o per fini statistici
- non presta** il consenso al trattamento dei dati sensibili per fini di ricerca scientifica e/o per fini statistici

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute a e/o ritirare referti o risultati diagnostici a:

- Nessuno
- Familiari (nome e cognome)
- Medico curante NO SI (nome e cognome)

Altro _____

IN CASO DI MINORE, DI INABILITA' O DI IMPEDIMENTO FISICO

In caso di minore, di inabilità o di impedimento fisico e/o impossibilità a firmare

Firma del Genitore / Coniuge / Convivente / Prossimo Congiunto

_____ Documento _____

n° documento _____

Luogo _____, li _____ / _____ / _____

Firma leggibile dell'interessato _____