ASP PALERMO AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE Dipartimento di Medicina Riabilitativa–U.O.C. Coordinamento assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare

DOMANDA PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA e INTEGRATIVA

All'Ufficio Protesi e Ausili

del PTA ___________________

del Distretto _________________

Il/La sottoscritto/a ____ nato/a il _______________
(nome - cognome)

residente a ____
(CAP - città)

in ____n.__________
(via - piazza)

domiciliato a ____
(se diverso dalla residenza) *(CAP - città)*

in____n. ___ _____
(via - piazza)

___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/ telefono _______________________
(Codice fiscale)

documento d'identità ____________________________ n.____________________________________

rilasciato da ____ il ___________________________

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura di assistenza protesica/integrativa di cui all'allegata prescrizione Specialistica.

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

____
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

____
(firma leggibile, per esteso)