

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione SicilianaAzienda Sanitaria Provinciale di  
**SIRACUSA**

Assessorato della Salute

*"Richiesta di autorizzazione per la concessione Protesi e/o Ausili"*  
(rilasciato ai sensi del D.A. ....)Azienda Sanitaria

Distretto Sanitario di .....

Il Sottoscritto (cognome e nome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ ASP di residenza \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ titolare☐ parente☐ genitore☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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. 28.12.2000 n. 445

che \_\_\_\_/\_\_\_\_ Sig. (cognome e nome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute. A tal fine allega apposita delega (mod. b1)

**Dichiara inoltre:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**C H I E D E**

La concessione delle seguenti protesi e/o ausili:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Le dichiarazioni sottoscritte sono state rilasciate ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N°445.

Allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

- ☐ prescrizione specialistica;
- ☐ verbale di invalidità civile;
- ☐ copia della documentazione inviata alla C.I.C. e della ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza;
- ☐ autocertificazione di residenza;
- ☐ documento di riconoscimento;
- ☐ tessera sanitaria o autocertificazione;

Il sottoscritto, consapevole che sarà responsabile della custodia e buona tenuta della Protesi e/o ausilio, inoltre si impegna a:

- ▶ far effettuare il collaudo (ove previsto) del presidio concesso entro e non oltre 20 giorni dalla consegna;
- ▶ comunicare ogni variazione di domicilio e/o di residenza del soggetto beneficiario della presente richiesta;
- ▶ ritirare il presidio autorizzato. Il mancato ritiro comporterà da parte dell'ASP il recupero del costo sostenuto addebitandogli l'importo erogato alla ditta fornitrice;
- ▶ consegnare all'ASP autocertificazione rilasciata ai sensi del D.P.R. 445/2000, per i soli dispositivi su misura, dove dovrà dichiarare oltre al nome della ditta prescelta, il luogo dove sono avvenute le varie operazioni per il rilievo, il calco, la fornitura e la consegna del dispositivo.

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 di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4. Consapevole della 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 del documento di riconoscimento.

**Spazio riservato nel caso in cui l'assistito non può firmare**

Dichiaro che la presente richiesta è stata a me resa dall'interessato in mia presenza previo accertamento dell'identità dello stesso mediante:

Estremi del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma dell'impiegato \_\_\_\_\_

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a cursive representation of a name.

