

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**  
**C.F. e P.I. 00821180577**  
*UOC DISTRETTO 2 SALARIO MIRTENSE*

**ALLEGATO 5**

ASL \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

**Oggetto: Istanza presidi assistenza protesica/ausili monouso - Autocertificazione**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici / e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

la fornitura di presidi di assistenza protesica o ausili monouso come da prescrizione allegata alla presente redatta da (indicare medico e struttura)  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 e 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000)**

di essere nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

di essere residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

di risiedere all'indirizzo di cui sopra a far data dal \_\_\_\_\_

- di impegnarsi (qualora il presidio richiesto sia su misura o di serie adattato da parte di un operatore sanitario) a sottoporre quanto fornito al collaudo da parte dello specialista prescrittore o della Sua Unità operativa entro 15 gg dalla consegna e produrre le risultanze entro i successivi 5 giorni alla ASL;
- di assumersi l'impegno di comunicare alla ASL le eventuali variazioni dello stato di invalidità a seguito di accertamento della commissione medica INPS;
- di autorizzare questa Azienda Sanitaria Locale al trattamento dei propri dati personali e sensibili;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 'Regolamento Generale sulla protezione dei dati e della normativa italiana vigente per la protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere altresì informato che il titolare del trattamento dei dati conferiti è ..... ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. 196/2003. Si riportano di seguito gli estremi identificativi del Titolare: (RAGIONE SOCIALE – INDIRIZZO – RECAPITO E-MAIL E TELEFONICO);
- di non avere ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente;
- di impegnarsi a restituire i presidi ricevuti qualora non siano più necessari od idonei alle proprie esigenze alla ASL per il servizio di riutilizzo o a richiedere la cessazione della fornitura;
- di essere a conoscenza della gratuità della fornitura dei presidi previsti dalla normativa e della illegittimità di eventuali richieste economiche da parte della ditta fornitrice (ad eccezione di eventuali spese per la consegna a domicilio e/o montaggio per i presidi nuovi);
- di essere altresì a conoscenza dei costi da sostenere a proprio carico qualora la prescrizione riguardi presidi riconducibili ovvero nel caso di presidi appartenenti ad una delle tipologie previste dalla normativa ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione contenuta nel nomenclatore e scelte dall'assistito (es. qualità materiale presidio);
- di essere a conoscenza che in caso di smarrimento del presidio la ASL potrà per una sola volta, prima che siano scaduti i tempi di rinnovo previsti dalla normativa, procedere ad autorizzare la sostituzione del medesimo presidio a proprio carico;
- di aver / non aver (barrare l'opzione non valida) stipulato per il presidio oggetto dell'istanza polizza assicurativa volta a sostituzione e/o rimborso del presidio;
- di assumersi la responsabilità della custodia e della buona tenuta del presidio che verrà erogato;
- che i dati prodotti sono veritieri e sussistenti alla data odierna.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 5

Allegati	1	Prescrizione in originale effettuata da medico specialista di struttura pubblica
	2	Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità e della tessera sanitaria <b>(solo in caso di prima istanza)</b>
	3	Fotocopia del verbale di invalidità con indicazione delle patologie <b>(solo in caso di prima istanza o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)</b>
	4	Eventuale sentenza del giudice con allegata relazione del CTU (consulente tecnico d'ufficio) <b>(solo in caso di prima istanza o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)</b>
	5	Fotocopia della ricevuta di presentazione domanda per riconoscimento invalidità civile e del certificato allegato ove necessario <b>(solo in caso di prima istanza o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)</b>
	6	Eventuale delega con fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del delegato
	7	Se già predisposto preventivo del fornitore scelto tra le ditte presenti nell'elenco regionale consultabile sul sito regionale