

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**  
**C.F. e P.I. 00821180577**  
**U.O.C. Distretto 2 Salario Mirtense**  
**Il Direttore: Dott. Gennaro D'Agostino**

## **RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA**

Il/sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
e domiciliato a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

che gli venga rilasciata l'autorizzazione alla fornitura di \_\_\_\_\_

come indicato da: **(indicare la voce che interessa)**

- prescrizione medica
- preventivo scheda
- progetto

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- 1) \*copia certificati di invalidità;
- 2) \*copia ricevuta istanza di riconoscimento di invalidità con accompagnamento;
- 3) \*certificato di residenza in carta semplice o autocertificazione;
- 4) prescrizione medico-specialista;
- 5) preventivo di opera rilasciato dall'Azienda iscritta nell'elenco regionale;
- 6) scheda progetto per presidi ortopedici costruiti su misura;
- 7) delega

\*(da allegare solo in caso di prima prescrizione)

**N.B. - Il sottoscritto si impegna, ai sensi del "D. M. 332/99", ad effettuare il collaudo obbligatorio entro 20 giorni dall'avvenuta consegna ed a restituire a fine utilizzo, l'ausilio, correttamente gestito, all'AUSL di residenza.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

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

**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI FORNITURE PROTESICHE**

**ASSISTITO:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Dati Anagrafici presenti sul frontespizio, controfirmati dall'assistita/o).

**VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL PRESIDIO**

**CODICE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>TEMPI D'IMPIEGO</b></p> <p>- ore nella giornata _____</p> <p>- giorni nella settimana _____</p> <p>- settimane nell'anno _____</p> <p>- altro _____</p>	<p><b>CONTROINDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO</b></p> <p>- espressamente esplicitate all'utente</p> <p>_____</p> <p>- altre _____</p>
<p><b>MODALITÀ DI CONTROLLO</b></p> <p>- data 1° controllo _____</p> <p>- data controllo successivo _____</p>	<p><b>VARIAZIONI POSSIBILI NEL TEMPO</b></p> <p>- entro i limiti prescritti dal nomenclatore</p> <p><input type="checkbox"/> POSSIBILI      <input type="checkbox"/> NON POSSIBILI</p> <p>- altro _____</p>

Data \_\_\_\_\_

Medico Specialista

-----

(Timbro e Firma)