



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA**

**AZIENDA U.S.L. N. \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_**

**ALLEGATO 4**

**ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA  
Modello di DOMANDA E AUTOCERTIFICAZIONE**

SPETT.LE AZIENDA USL N.\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_  
Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

IL SOTTOSCRITTO:

- TITOLARE
- CONIUGE
- GENITORE
- PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL TERZO GRADO
- TUTORE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000) DICHIARA

di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CHIEDE Per se.

Ovvero per \_\_\_\_\_ che il sottoscritto ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000 dichiara essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ di poter usufruire della fornitura di:

\_\_\_\_\_ di cui all'allegata  
prescrizione specialistica

ALLEGA

Copia del verbale di Visita della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile  
 Certificazione medica specialistica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma riabilitativo come da

ALLEGATO 1  ALLEGATO 1A  ALLEGATO 1B

Prescrizione, da parte dello Specialista, su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria Prevista dall'art. 50 della L. 326/03;

Copia del documento di identità (dell'assistito)

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma dell'assistito \_\_\_\_\_  
(o di chi ne fa le veci)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss. del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'Azienda USL, titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Firma dell'assistito \_\_\_\_\_ (o di chi ne fa le veci)