



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
ASL _____

Allegato 5 – Modulo unico regionale comodato d'uso

Comodato d'uso per forniture sanitarie

Nomenclatore Tariffario D.P.C.M. 12 gennaio 2017

DATO RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (____) il ____ / ____ / ____
residente a _____ via _____ n° civico ____
tel fisso/cell. _____ e-mail _____ tel. Familiare _____
in qualità di _____

RICHIEDE

Per sé o per l'assistito _____
nato/a a _____ prov. (____) il ____ / ____ / ____
residente a _____ via _____ n° civico ____
domiciliato a _____ via _____ n° civico ____

LA CONCESSIONE DEL SEGUENTE AUSILIO/PRESIDIO

(specificare tipo di ausilio) _____
Prescritto dal Dr. _____

In caso di presidio concesso in comodato d'uso (carrozine, seggiolini, letti, materassi, sponde, tricicli o ogni altro ausilio riciclabile):

Il sottoscritto è consapevole che l'ausilio/presidio è di proprietà dell'Azienda Sanitaria Locale _____

La presente autorizzazione impone al beneficiario i seguenti obblighi:

1. I presidi e gli ausili sono concessi in comodato d'uso secondo le disposizioni del Codice Civile e rimangono di proprietà della ASL _____
2. L'assistito ha l'obbligo di restituire il presidio assegnato in comodato d'uso alla ASL _____, una volta che questo non sia più necessario e in buone condizioni igieniche.
3. L'assistito è obbligato a custodire e conservare il presidio fornito con la massima diligenza e non può né prestarlo né cederlo a parenti o terze persone, neanche temporaneamente.
4. L'assistito dovrà comunicare per iscritto alla ASL _____, entro 10 giorni dall'evento, ogni eventuale accidentale rottura, smarrimento o difetto di funzionamento del presidio, allo scopo di consentire il tempestivo accertamento del danno e predisporre l'eventuale riparazione. Il mancato rispetto della procedura indicata comporterà per l'assistito il pagamento di tutte le spese relative al ripristino di quanto concesso in uso.
5. L'assistito è stato adeguatamente informato sull'uso corretto del presidio rilasciato in comodato d'uso.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

6. Nei seguenti casi:

- **ammissione in struttura integrata / centro diurno / R.S.A. o trasferimento in altra regione o ASL;**
 - **decesso dell'assistito;**
 - **mancato utilizzo**
- il presidio dovrà essere restituito avendo cura di informare l'Ufficio Assistenza Protesica competente.

Pertanto in caso di mancata restituzione, modifiche, rotture non accidentali o usura attribuibile a un uso improprio o a grave incuria o dolo, l'assistito o gli "aventi causa" saranno tenuti a corrispondere il valore economico del bene.

Per l'assistito _____ nato il _____ residente a _____
Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____
residente _____ via _____ n _____ tel _____

Preso visione delle condizioni su esposte, si impegna ad ottemperare agli obblighi connessi alla concessione del presidio richiesto.

Data

Firma

Riservato all'ufficio