



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
ASL _____

Allegato 3

ASSISTENZA PROTESICA
Dichiarazione di informativa

Il sottoscritto:

NOME _____ COGNOME _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____ Residente in _____

Via _____ N° _____

Domiciliato in _____ via _____ n. _____

Tutore di:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____

N° _____

dichiara

di essere stato informato dei limiti previsti dall'art.18, comma 10, lettera b) del DPCM 12 gennaio 2017, che prevede il rinnovo _____ (indicare la tipologia del presidio) , prima che siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo pari a _____.

Il presidio autorizzato dall'Azienda ASL in data _____ è stato dichiarato inutilizzabile per:

- rottura accidentale
- usura
- impossibilità tecnica alla riparazione o non convenienza alla riparazione
- non perfetta funzionalità del presidio riparato

Note

L'Assistito _____

Luogo e data _____