



A.S.L. di PESCARA

UOS DISABILITÀ E SUPPORTO PROTESICO

SEDI: PESCARA tel. 085.4254962/69 - POPOLI tel. 085.9898372/28 - PENNE tel. 085.8276544

AUTOCERTIFICAZIONE
DATI ANAGRAFICI
ASSISTITO

Prescrizione di presidi elencati nel vigente nomenclatore tariffario delle protesi, a cura di un medico specialista del S.S.N. dipendente o convenzionato:

Cognome e Nome assistito C.F.

Luogo e data di nascita

Residenza Tel.

Diagnosi e progetto assistenziale/riabilitativo secondo DPCM 12 gennaio 2017:

Presidi richiesti

Codici

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROGRAMMA TERAPEUTICO

1) Modalità di controllo e variazioni prevedibili

2) In possesso di ausilio precedentemente fornito SI NO

3) Il presidio fornito è ancora idoneo/riparabile SI NO

TIMBRO DEL PRESIDIO

TIMBRO E FIRMA DELLO SPECIALISTA

Data

11 - IL RICHIEDENTE, VISTA LA PRESCRIZIONE DICHIARA

1) di confermare i dati dell'autocertificazione

2) di scegliere la ditta

3) di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico A.S.L., il presidio che riceverà, entro i 20 giorni successivi alla consegna;

4) di impegnarsi a restituire il presidio ricevuto qualora non sia più necessario o idoneo alle proprie esigenze, eccetto ausili su misura, pena l'addebito dell'importo dell'ausilio.

Data FIRMA DEL RICHIEDENTE (o chi ne fa le veci)

AUTORIZZAZIONE A.S.L.

SERVIZIO DI SUPPORTO PROTESICO E Fase: N Fase:

Ordinativo n. del

Vista la prescrizione dello specialista e riscontrato il preventivo della Ditta:

AUTORIZZA la fornitura riparazione del presidio/protesi richiesto per l'importo complessivo di € IVA compresa

NON SI AUTORIZZA:

IL DIRIGENTE MEDICO

IL RESPONSABILE ADEMPIMENTI AMM.VI

Data

CONSEGNA
E COLLAUDO

SI ATTESTA CHE:

A) La fornitura è stata eseguita in conformità all'autorizzazione - N° di matricola

B) Eventuali variazioni riscontrate in sede di collaudo

FIRMA PER ACCETTAZIONE E GRADIMENTO

IL DIRIGENTE MEDICO

Data