

ALLEGATO 5

Oggetto: **Istanza presidi assistenza protesica/ausili monouso - Autocertificazione**

Il/La sottoscritto/a.....Codice Fiscale.....

Telefono.....e-mail.....

CHIEDE

La fornitura di presidi di assistenza protesica o ausili monouso come da prescrizione allegata alla presente redatta da (indicare medico e struttura)..... in data.....

A tal fine consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art.46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Di essere nato il ___/___/___ a _____

Di essere residente in Via/P.zza _____ Città _____

Di risiedere all'indirizzo di cui sopra a dar data dal _____

- di impegnarsi (qualora il presidio richiesto sia su misura o di serie adattato da parte di un operatore sanitario) a sottoporre quanto fornito al collaudo da parte dello specialista prescrittore o della Sua Unità operativa entro 15 gg dalla consegna e produrne le risultanze entro i successivi 5 giorni alla ASL;

- di assumersi l'impegno di comunicare alla ASL le eventuali variazioni dello stato di invalidità a seguito di accertamento della commissione medica INPS;

- si autorizzare questa Azienda Sanitaria Locale al trattamento dei propri dati personali e sensibili;

- di essere informato ai sensi e per gli effetti del Regolamento U.E. 2016/679 'Regolamento Generale sulla protezione dei dati e della normativa italiana vigente per la protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

- di essere altresì informato che il titolare del trattamento dei dati conferiti è il Direttore UOC assistenza protesica e integrativa e, su sua delega, i Responsabili delle UU.OO.SS. "ognuno per la competenza del proprio distretto territoriale, ai sensi dell'art. 28 del D.lgs. 196/2003. Gli estremi identificativi del titolare sono resi pubblici sul sito Aziendale:

- di non avere ottenuto quanto prescritto da altri istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente;

- di impegnarsi a restituire i presidi ricevuti, qualora non siano più necessari o idonei alle proprie esigenze, alla ASL per il servizio di riutilizzo, o a richiedere la cessazione della fornitura;

- di essere a conoscenza della gratuità della fornitura presidi previsti dalla normativa e della illegittimità di eventuali richieste economiche da parte della ditta fornitrice (ad eccezione di eventuali spese per la consegna a domicilio e/o montaggio per i presidi nuovi);

- di essere altresì a conoscenza dei costi da sostenere a proprio carico qualora la prescrizione riguardi presidi riconducibili ovvero nel caso di presidi appartenenti ad una delle tipologie previste dalla normativa ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione contenuta nel nomenclatore e scelte dall'assistito (es. qualità materiale presidio);

- di essere a conoscenza che in caso di smarrimento del presidio la ASL potrà per una sola volta, prima che siano scaduti i tempi di rinnovo previsti dalla normativa, procedere ad autorizzare la sostituzione del medesimo presidio a proprio carico;

- di aver/non aver (barrare l'opzione non valida) stipulato per il presidio oggetto dell'istanza polizza assicurativa volta a sostituzione e/o rimborso del presidio;

- di assumersi la responsabilità della custodia e della buona tenuta del presidio che verrà erogato;

- che i dati prodotti sono veritieri e sussistenti alla data odierna.

Luogo e Data _____

Firma _____

(in caso di minore o soggetto impossibilitato alla firma, il presente documento è sottoscritto da un familiare (nome cognome e grado di parentela identificato a mezzo _____