

**RICHIESTA E DICHIARAZIONE PER SOSTITUZIONE AUSILIO  
DA MAGAZZINO ASL CN1****Il sottoscritto/a**

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

**in qualità di:**  diretto interessato  familiare  altro (specificare) \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_  
residenza (se diversa) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**CHIEDE**

la sostituzione dell'ausilio \_\_\_\_\_

con le medesime caratteristiche prima della scadenza annuale rispetto alla precedente fornitura in quanto il dispositivo protesico attualmente in uso è:

- non funzionante  
 altro \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:**

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data \_\_\_\_\_ *firma* \*(per esteso) \_\_\_\_\_

\* Dell'interessato o da chi ne esercita legalmente la potestà, da un familiare, un prossimo congiunto, un convivente o, in loro assenza, dal Responsabile della struttura presso cui dimora, ai sensi del D.L. 282/99 art. 2-1-quater.

**Autorizzazione a cura del Distretto**

Data \_\_\_\_\_ Firma del Dirigente Medico \_\_\_\_\_

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. .... Data .....  
Il dipendente addetto .....

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il presente modulo serve agli assistiti che necessitano di sostituzione ausili forniti dal magazzino ASLCN1 a seguito di motivazioni contemplate nel modulo stesso.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

La dichiarazione è resa dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute
- Responsabile della struttura presso cui dimora, ai sensi del D.L. 282/99 art. 2-1-quater

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto\*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it) , allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it)

### **Avvertenze**

- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

L'autorizzazione alla fornitura di un nuovo dispositivo protesico viene rilasciata dallo Sportello Distrettuale di Assistenza Protesica territorialmente competente.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslc1.it](http://www.aslc1.it)

### **RIFERIMENTI**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-protetica">https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-protetica</a>
------------------	---