

RICHIESTA E DICHIARAZIONE PER SOSTITUZIONE AUSILIO DA DITTA ESTERNA

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) _____

di:

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

SOSTITUZIONE AUSILIO FORNITO DA DITTA ESTERNA

- Autorizzazione **per una sola volta**, alla fornitura di un nuovo dispositivo protesico **prima che siano decorsi i tempi minimi** di cui al comma 1, art. 5 D.M. 332/99.

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,

DICHIARA

Il dispositivo protesico attualmente in uso:

è stato smarrito

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

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 da Ditta esterna 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 , 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

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

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-protetica
------------------	---