

CODICE PRATICA \_\_\_\_\_

Autorizzata dall'ufficio protesi ASL LECCE il \_\_\_\_\_

AUSILIO \_\_\_\_\_

SCADENZA E RINNOVO \_\_\_\_\_

COLLAUDO \_\_\_\_\_

Documentazione presentata dal Sig. \_\_\_\_\_ documento identità \_\_\_\_\_

Lecce \_\_\_\_\_

**DELEGA AL VOLONTARIO S.O.S. per la Vita  
PER ASSISTENZA PROTESICA ALL'ASSOCIATO  
E CONSEGNA DOCUMENTAZIONE**

Il sottoscritto

cognome \_\_\_\_\_, nome \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_, C.I. n. \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_

**DELEGA il volontario Sig. \_\_\_\_\_ AL DISBRIGO DELLA PRATICA DI**

**ASSISTENZA PROTESICA PRESSO LA ASL LE PER LA FORNITURA DI \_\_\_\_\_**

*CONTATTI: tel. fisso \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_*

*familiare di riferimento cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ (grado parentela \_\_\_\_\_):*

*tel. fisso \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_*

**Documenti dell'assistito indispensabili da allegare :**

1. richiesta di ausili al SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA della ASL LE firmata dall'assistito
2. fotocopia di un documento d'identità e tessera sanitaria
3. fotocopia del certificato di invalidità
4. richiesta del MMG per rinnovo ausili
5. richiesta del medico MMG di visita specialistica competente per la tipologia di menomazione o disabilità **o in sostituzione**
  - 5b. la prescrizione MOD. AP. del medico specialista del Ssn, dipendente o convenzionato, competente per la tipologia di menomazione o disabilità.

**La richiesta di assistenza protesica si concluderà con l'autorizzazione della ASL LECCE alla fornitura e al rispettivo collaudo nel caso di ausili tecnici**

Firma del SOCIO ASSISTITO

**PROLUNGAMENTO ASSISTENZA.**

Il socio chiede e delega il volontario SOS per la vita di farsi carico dell'eventuale ritiro mensile dei dispositivi presso i magazzini della ASL e di renderli disponibili, presso la propria sede, solo e soltanto all'assistito o al familiare referente su indicato.

1. **Delega al ritiro dispositivi**

Firma del SOCIO ASSISTITO

**Il volontario S.O.S. per la Vita per accettazione e ricevuta.**

Prolungamento assistenza per \_\_\_\_\_ mesi.