

**RICHIESTA ALLA ASL LE  
UFFICIO  
Servizio Assistenza Protesica  
Accettazione – Tel. e Fax. 0832.215340  
Dirigente Medico – Tel. 0832.215143**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il .....  
residente in ..... alla via .....  
DOCUMENTO DI IDENTITA' .....

**CHIEDE**

**AUSILI IGIENICI**

**AUSILI PROTESICI**

A tale scopo fornisce il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 193/03 in conformità con le disposizioni vigenti in materia di privacy contenute nel predetto Decreto, e dichiara di essere stato informato circa l'obbligo di sottoporre a **COLLAUDO** l'ausilio (esclusi dispositivi monouso) **ENTRO 15 GIORNI DALLA FORNITURA**

e che intende rivolgersi alla Ditta .....  
Lecce.....

Firma dell'assistito/a

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

IL SOTTOSCRITTO..... NATO/A A .....  
IL..... RESIDENTE A ..... IN VIA .....N.....  
DOCUMENTO IDENTITA' .....

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, consapevole di quanto previsto all'art. 76 del citato D.P.R. circa le pene stabilite in caso di dichiarazione e attestazioni mendaci,

**di essere stato delegato/a dall'assistito/a Sig. .... AL DISBRIGO DELLA PRATICA PER LA FORNITURA DI AUSILI IGIENICI O PROTESICI.**

Lecce .....

Firma del delegato

