**Codice paziente Spett.le AZIENDA USL 4 TERAMO**

 **Ufficio Territoriale di Riabilitazione**

 **Via Cesare Battisti n. 7**

 **64100 TERAMO**

**Il/La sottoscritto/a (Documento di riconoscimento**

 **N. rilasciato da**

**il ) ai sensi della Legge n.127 del 15/05/1997 e DPR n.403 del 20/10/1198,**

**DICHIARA**

**Di essere nato/a a il , di essere residente a**

 **In Via N.**

**Tel. Cell. domiciliato in**

**C/O Via N.**

**e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace (art.26 Legge 04/01/1968 n.15)**

**CHIEDE**

[ ]  **Per se medesimo** [ ]  **Familiare**

**Assistito/a nato/a il**

**e residente a in Via/F.ne N.**

**domiciliato in C/O Via N.**

**ai sensi della Legge n.118 del 30/03/1971 e successive modificazioni ed integrazioni, di poter usufruire dell’assistenza sanitaria protesica come da certificato medico allegato.**

**Inval. INAIL: SI** [ ]  **NO** [ ] - **Ricoverato: SI** [ ]  **NO** [ ]

**PRIMA FORNITURA** [ ]  **RINNOVO** [ ]  **RIPARAZIONE** [ ]  **VARIAZIONE** [ ]  **ALTRO** [ ]

**Si allega alla presente:**

1. **Prescrizione specialistica originale di sanitario del presidio pubblico.**
2. **Copia del verbale di riconoscimento d’Invalidità Civile oppure Copia della domanda.**

**Teramo,** Fare clic qui per immettere una data. **Firma: Nome e Cognome del Dichiarante**

**Il dichiarante presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni ai sensi dell’art.2-ter e 2 sexies del Dlgs 196/2003 e s.m.i. e dell’art.13 del Regolamento Europeo n.2016/679 del 27/04/2016.**

**In caso di impossibilità fisica, incapacità di agire, incapacità di intendere e di volere dell’interessato, il consenso al trattamento dei dati deve essere acquisito da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un conviventeo, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l’interessato. L’informativa ed il consenso possono intervenire senza ritardo successivamente alla prestazione quando non è possibile acquisire il consenso da uno dei soggetti sopraindicati (art.82 del d.lgs 196/2003).**

 **Firma: Nome e Cognome del Dichiarante**

**VISTO SI/NON SI AUTORIZZA**

**Teramo**, Fare clic qui per immettere una data. **IL SANITARIO**