

**Fornitura - Riparazione di protesi agli assistiti**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita 

--	--	--

 Minore \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**PIANO RIABILITATIVO**

A) Diagnosi accertata \_\_\_\_\_

B) Finalità terapeutica del presidio; tempi di impiego \_\_\_\_\_

C) Significato terapeutico e riabilitativo, variazioni prevedibili nel tempo e annotazioni \_\_\_\_\_

Descrizione dettagliata del presidio o riparazione			
Descrizione	N°	Codice	B.P.

Il presidio fornito in precedenza è ancora valido    si  no     è riparabile    si  no

Il richiedente, vista la prescrizione, dichiara:

- di essere a conoscenza che il presidio è dato in uso e non in proprietà, e di impegnarsi a restituirlo qualora non sia più necessario
- di impegnarsi a sottoporre a collaudo il presidio e di restituire copia della presente firmata per collaudo avvenuto
- di essere a conoscenza del Regolamento Aziendale per l'Assistenza Protesica

**Eventuali allegati**

- Informativa ai sensi della tutela dei dati personali
- Fotocopia del certificato/domanda di invalidità
- Relazione medico specialistica
- Scheda progetto di costruzione

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico prescrittore della Struttura Pubblica

**AUTORIZZAZIONE**

In relazione alla prescrizione per l'importo di € 

--	--	--	--	--

 , 

--	--

 + IVA si autorizza la fornitura / riparazione

Data \_\_\_\_\_ Aut. N° \_\_\_\_\_

Data ritiro dell'autorizzazione \_\_\_\_\_  
**Data di consegna della autorizzazione al rivenditore** \_\_\_\_\_

**RICEVUTA DI CONSEGNA**

Dichiaro di aver ricevuto i presidi sopra elencati  
 Data \_\_\_\_\_ Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

**COLLAUDO**

Si attesta la congruenza / non congruenza clinica e la rispondenza / non rispondenza clinica ai termini dell'autorizzazione e alle caratteristiche qualitative stabilite dal nomenclatore tariffario. Il mancato collaudo deve essere relazionato dettagliatamente a parte.

**Il Medico prescrittore della Struttura Pubblica (Timbro e firma)**

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

ORIGINALE PER LA DITTA - DA ALLEGARE ALLA FATTURA - COPIA VALIDA PER IL PAGAMENTO