

Servizio di Assistenza Protesica

via Caduti di Via Fani, 25 – Bari; tel. 080.584.3021; email: ufficioprotesi.dssbari@asl.bari.it

RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA

Parte riservata alla segreteria	N. progressivo di arrivo	Del	Posizione archivio n.
--	--------------------------	-----	-----------------------

Al DSS Bari, Servizio Assistenza Protesica

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		Documento identità	n.
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

in qualità di: diretto interessato

Oppure in qualità di: genitore esercente la potestà tutore delegato (si fa rinvio all'atto di delega)

amministratore di sostegno curatore

del seguente beneficiario:

Sig./Sig.ra			
nato/a a		Documento identità	n.
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

1. **CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione** alla fornitura di _____ come da prescrizione specialistica allegata
2. **DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali
3. **DI AVER PRESO VISIONE dell'informativa sul trattamento dei dati** personali nell'ambito dell'assistenza protesica ed integrativa;
4. **DICHIARA**, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione; consapevole, inoltre, di quanto previsto dall'art.75 dello stesso D.P.R., relativamente alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.
5. **ALLEGA autocertificazione residenza dell'interessato delegante.**

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA DELL'ISTANTE

Il sottoscritto/a		C.F.
nato/a a		il
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 DICHIARA di		
essere residente a	() CAP	alla via
data	Firma	

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO di BARI

Sede: via Federico Vecchio, 3 70124 Bari - Tel. 080.584.2048 - 4657 - 2701
Mail: dss.bari@asl.bari.it - PEC: distrettobari.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 n.196 (General Data Protection Regulation)

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg.UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale.

Data _____

Firma _____

L'ufficio ricevente _____

(Firma dell'addetto)