

**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

 Ovvero 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 |                    |          |

- **CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione** alla fornitura di \_\_\_\_\_ come da prescrizione specialistica allegata
- **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
- **DI AVER PRESO VISIONE dell'informativa sul trattamento dei dati** personali nell'ambito dell'assistenza protesica ed integrativa;
- **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, **di non versare in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse**, ai sensi della normativa vigente;
- **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 <b>DICHIARA</b> di |     |       |          |
| essere residente a   | ( ) | CAP   | alla via |
| data   |     | Firma |          |

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

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'ufficio ricevente \_\_\_\_\_

(Firma dell'addetto)