

CURE PRIMARIE
COPA RIVASCIA (DISTRETTO)

REGIONE PUGLIA
A.S.L. BA
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N° 11 - AREA SUD -
Comuni di : Mola di Bari - Rutigliano - Noicattaro
Sede: Mola di Bari - Corso Italia, n° 21 -
Direttore : Dott.ssa Maria TATEO

Prot. _____ Mola di Bari _____

OGGETTO: Autorizzazione alla prescrizione di Ossigeno terapeutico (OLT)

DITTA SCELTA DAL PAZIENTE: AL Dr. _____

AL Sig. _____

DIRIGENTE RESPONSABILE
AREA FARMACEUTICA

Ares. Regione Puglia
LORO SEDI

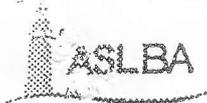
Visti gli accertamenti clinico diagnostici eseguiti dal Dr. _____ presso il presidio Ospedaliero, _____ La S.V. è autorizzata alla prescrizione di ossigeno terapeutico secondo le modalità previste dalla circ.Reg.Puglia n° 24/ 28096/116 del 29/12/1998 e nota prot. 15075/DG. del 5/06/03 in favore dell'assistito _____ nato a _____ il _____ e residente _____

in via _____ n° codice fiscale _____

perché affetto dalla seguente forma morbosa _____

Secondo quanto precisato dalle vigenti leggi la S.V. può prescrivere, in assistenza diretta, ossigeno liquido secondo le modalità prescritte dalla struttura ospedaliera specialistica che ha avuto in cura l'assistito.

In calce ad ogni prescrizione la S.V. dovrà annotare il numero e la data di rilascio della presente autorizzazione che porta il n° _____ del _____



Regione Puglia
 Azienda Sanitaria Locale Bari
 Distretto Socio-Sanitario n. 11
 Comuni di: Mola di Bari - Rutigliano - Noicattaro

Spett.le
 Unità Valutativa Multidimensionale
 Distretto Socio-Sanitario n. 11

PROPOSTA DI ACCESSO
 ai servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari

Il sottoscritto

- Medico di Medicina Generale Dott. _____
- Dirigente della U.O. ospedaliera _____ Dott. _____
- Dirigente del Servizio Territoriale _____ Dott. _____
- Dirigente Serv. Sociale Comune di _____ Dott. _____

Per il/la paziente

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a: _____ Via _____

Familiare di riferimento _____ Tel. _____

Certifica la presenza delle seguenti condizioni:

Grado di autosufficienza: Non autosufficiente Parzialmente autosufficiente

- a- Non autosufficienza in: o Igiene personale o Mangiare o Vestirsi o Toilette o Continenza
- b- Mobilità: o Cammina autonomamente o Cammina con ausilio o Cammina con assistenza
- o Seduto su carrozzina o Allettato

Problemi/patologie prevalenti _____

Trattamento farmacologico in atto: _____

Trattamento non farmacologico in atto: Catetere vescicale Catetere venoso centrale Sondino naso-gastro
 PEG Ossigenoterapia Ventilazione meccanica Stomie _____
 Altro _____

Propone pertanto l'accesso al seguente servizio socio-sanitario:

- RSA Residenza Protetta (RSSA) Nucleo Alzheimer Centro Diurno Demenze
 Centro Diurno socio-riabilitativo Cure Domiciliari Altro _____

Obiettivo della proposta _____

In caso di dimissione ospedaliera protetta con procedura d'urgenza: SI NO
(se si) Si dichiara che il/la paziente:
 presenta condizioni cliniche stabilizzate
 necessita di dimissione ospedaliera protetta con assistenza in regime
o residenziale o domiciliare
Si allega SVAMA (parte sanitaria parte cognitiva/funzionale)

Note _____

Data _____ Firma _____

Visto il M.M.G. (se diverso dal proponente) Dott. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Note: _____

U.V.M. - PUA

Psic. 1

Spett.le
Unità Valutativa Multidimensionale
Distretto Socio-Sanitario n. 11

RICHIESTA DI ACCESSO
ai servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. (____) il _____ residente a _____ CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

per se stesso;
 in qualità di: o tutore e/o curatore o altro _____
del/la Sig./ra _____ (parentela _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____
Codice Fiscale _____ M.M.G. dr. _____

ACCOGLIENZA PRESSO

- RSA Residenza Protetta (RSSA) Nucleo Alzheimer Centro Diurno Demenze
 Centro Diurno socio-riabilitativo Cure Domiciliari Altro _____

[N.B. L'opzione prescelta deve corrispondere a quanto espresso nella allegata Proposta di Ricovero].

Vengono di seguito indicate le Strutture di preferenza:

A) _____ B) _____

Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara che il destinatario dell'intervento è:

- Invalido civile al _____ % con/senza assegno di accompagnamento;
 Titolare di pensione sociale;
 Privo di alcun reddito personale;
 Altro (specificare) _____

Allega la seguente proposta di ricovero redatta da:

Pa. 2

- Medico di Medicina Generale Dott. _____
- Dirigente della U.O. ospedaliera _____ Dott. _____
- Dirigente del Servizio Territoriale _____ Dott. _____
- Servizio Sociale del Comune di _____

Al riguardo allega la seguente documentazione:

- Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano (SVAMA)
 - o Parte sanitaria
 - o Parte sociale
- Relazione medica sulle patologie possedute ed eventuale piano terapeutico e riabilitativo in atto
- Copia conforme del cartellino di dimissione e/o della cartella clinica (in caso di dimissione ospedaliera)
- Relazione del Servizio Sociale del Comune di residenza

Autorizza:

- Si No Il trattamento dei propri dati ai sensi del T.U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003;
- Si No Il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica;
- Si No La AUSL BA/2 a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Dist. S.S.) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso RSA/Residenza Protetta.

Note _____

Data _____ Firma _____

Dichiara inoltre di:

- Essere in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa, in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo, secondo le normative vigenti.

Data _____ Firma _____

- Non essere in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa, in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo, secondo le normative vigenti.

Al riguardo, allega la seguente documentazione:

- o Autocertificazione dei redditi (ricavabili dalle dichiarazioni IRPEF dell'anno precedente) della persona da ricoverare e dell'intero nucleo familiare (in caso di convivenza);
- o Impegno del Comune di residenza a sostenere la quota di compartecipazione alla spesa di cui sono

Data _____ Firma _____

Il/La sottoscritt_ Sig./Sig.ra _____ nat_ a _____
il _____ e residente a _____ alla Via
_____ n. _____

CHIEDE

Il rimborso del pagamento TICKET di € _____ per il seguente motivo:

- 1) prestazione non effettuata per motivi personali;
- 2) pagamento effettuato due volte;
- 3) altro _____

Si allega la fattura regolarmente pagata
Documento di riconoscimento e Codice Fiscale.

Mola di Bari, _____

In Fede

ALL'UFFICIO CUP – TICKET
CORSO ITALIA, 21
MOLA DI BARI

Si autorizza il rimborso dovuto giusta atto deliberativo n. 224 del 29/01/2008 e disposizione
Area Gestione Risorse Finanziarie Prot. n. 10379 del 19/01/2009.

Mola di Bari, _____

Il Direttore del Distretto
Dr.ssa Maria TATEO

Il/ La Sottoscritto/a _____

nato/a _____ e residente a _____

in via _____ n. _____, domiciliato a _____

in via _____ n. _____,
ai sensi della Legge Regionale 12 Aprile 1995 n. 17 "Diagnostica e terapia delle
allergopatie presso le ASL della Regione Puglia" chiede il rimborso delle spese sostenute
per la vaccino terapia, necessaria ed insostituibile per la cura delle allergopatie,
ammontanti ad € _____.

A tal fine allega alla presente richiesta la fattura dell'avvenuta consegna, da parte della
ditta _____, dei vaccini richiesti.

Consapevole della responsabilità penale, prevista dall'art. 76 del DPR 445/2000, cui può
andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero,
nonché di quanto previsto dell'art. 75 dello stesso DPR, relativamente alla decadenza dei
benefici, eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della
dichiarazione non veritiera,

D I C H I A R A

che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare per l'anno _____ non è
superiore a € 20.000,00.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento (carta d'identità / passaporto / patente
di guida, Cod. Fiscale / Tessera Sanitaria);
allega inoltre copia codice fiscale/tessera sanitaria del minorenne

_____.

Chiede che la somma spettante sia inviata al seguente indirizzo:

Data ____ / ____ / ____

Firma

Il sottoscritto _____ C. F. _____
nato a _____ il _____ residente in (_____)
alla via _____ n° _____ tel. _____

CHIEDE

il rilascio del modello ^{2-VARI} E/111 o similare attestante il diritto a fruire di prestazioni sanitarie in _____
nel periodo dal _____ al _____ per se e/o i seguenti familiari a carico:
_____ nato/a il _____
_____ nato/a il _____
_____ nato/a il _____
_____ nato/a il _____

L'istante esibisce per visione il libretto sanitario rilasciato da questa A. U. S. L. avente il Codice Regionale
n° _____ nonchè copia del documento di sospensione della scelta del medico di base (solo in
caso di temporaneo soggiorno all'estero per oltre trenta giorni).

IL RICHIEDENTE

Bari, _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il richiedente dichiara sotto la propria responsabilità, e conscio delle conseguenze penali a cui va incontro in caso di dichiarazioni false o incomplete, a norma dell'art. 4 (della Legge n° 15 del 4-1-1968:

- di essere cittadino italiano;
- che i dati relativi alla propria residenza suindicati sono veritieri;
- di essere a conoscenza che l'attestato di diritto E/111 non viene richiesto con lo specifico intento di ricevere cure all'estero se non in caso di urgenza ed indifferibilità delle stesse durante il periodo di temporaneo soggiorno. Ove le prestazioni richieste non vengano esplicitamente documentate come urgenti ed indifferibili dalla istituzione estera, ovvero la A.U.S.L. accerti lo specifico intento di recarsi all'estero per ricevere cure, le relative spese rimarranno totalmente a carico del sottoscritto.

IL RICHIEDENTE

Bari, _____

DOCUMENTO _____ N° _____ ril. a _____ il _____

l'addetto

RICHIESTA DI PRESTAZIONI IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA NEI PAESI DELLA CEE

Spett.le A.S.L. BA

Distretto S.S. 11 – Mola di Bari

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
codice fiscale _____ residente in _____
via _____ chiede il rilascio del mod. E 112 per il ricovero
di (1) _____
nato a _____ il _____
residente in _____ via _____
presso il Centro di Cura _____
di _____ perché affetto da _____
come da certificazione medica allegata rilasciata da _____
Fa presente, altresì, che le condizioni del paziente (2) _____
_____ della presenza di un accompagnatore come da certificazione sanitaria e di
trasporto con (3) _____
_____ (data) _____

FIRMA

- _____
- (1) Indicare se trattasi del richiedente o di un proprio familiare
(in questo ultimo caso riportare negli appositi spazi le generalità del familiare)
 - (2) Indicare se necessitano / o non necessitano
 - (3) Indicare il mezzo di trasporto

Il sottoscritto.....nato a
il..... residente in alla via.....
assistito di questa A.U.S.L. con codice regionale n°..... e C.F.....
essendosi recato presso il Centro Altamente specializzato di
per essere sottoposto a

CHIEDE

ai sensi della Legge n° 25 del 21 novembre 1996 di ottenere il riconoscimento delle sottoelencate
spese di viaggio e soggiorno sostenute nei periodi.....:

• .	lit.
• .	“
• .	“
• .	“
• .	“
• .	“
• .	“
• .	“
• .	“
• .	“

Tot.

Allego:

Distinti saluti.

L'ASSISTITO

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ via _____
_____ tel. _____

chiede

per sé medesimo/per il seguente familiare _____
_____ COD.FISC. _____
LIBR. SAN. _____

- a) di essere preventivamente autorizzato a fruire in forma diretta/indiretta di prestazioni sanitarie presso il seguente Centro di altissima specializzazione: _____
- b) di essere autorizzato al trasporto con il seguente mezzo: _____
_____ perché _____
- c) di essere autorizzato a fruire di accompagnatore per il seguente motivo: _____

Allega alla presente

- 1) certificato contestuale di residenza e di cittadinanza in carta semplice;
- 2) proposta del dr. _____
attestante, fra l'altro, i motivi per cui la prestazione non sia ottenibile adeguatamente in Italia.

Data _____

(firma del richiedente)

ALLA REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'
COMMISSIONE REGIONALE
ART. 1 D.M. 13/05/1993

BARI

- Regione _____ U.S.L. competente _____
- Assistito _____
(nome) (cognome) (data di nascita)
- Titolare del diritto _____
(nome) (cognome) (data di nascita)
- Patologia _____
- Autorizzazione Centro riferimento: Si ___ No ___
- Autorizzazione per eventuale accompagnatore: Si ___ No ___
- Modello Comunitario o equivalente utilizzato _____
- Stato estero e struttura sanitaria _____
- Intervento o terapia praticata _____
- Esito dell'intervento e/o terapia _____
- Durata ricovero dal _____ al _____
dal _____ al _____
- Ulteriore concorso su spese sanitarie che restano a carico assistito:
- | | Richiesto | Proposto |
|-----------------------|-----------|----------|
| . ticket | _____ | _____ |
| . prest. libero prof. | _____ | _____ |
| . spese di viaggio | _____ | _____ |
| . spese farmaceutiche | _____ | _____ |
| . altre | _____ | _____ |
| TOTALE | _____ | _____ |
- Reddito familiare risultante da una dichiarazione sostitutiva atto di notorietà rilasciato ai termini di legge _____

ANNOTAZIONI: a cura del Centro di riferimento: _____

PROPOSTA DELLA REGIONE: _____

A.U.S.L. BA/4
Ufficio Assistenza all'Estero
Corso Italia, 21
MOLA DI BARI

Oggetto: D.M. 3/11/89 - Assistenza all'estero -
Richiesta di rimborso delle spese sanitarie e di viaggio per ricovero presso un centro altamente specializzato.

CODICE FISCALE _____

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ residente a _____ via _____

tel. n. _____

CHIEDE

ai sensi del D.M. 3/11/1989 il rimborso delle spese di viaggio e sanitarie già sostenute per il ricovero avvenuto dal _____

al _____ presso il centro _____

di _____.

Con osservanza.

(firma dell'assistito)

data,

Allega alla presente:

- 1) certificato di cittadinanza italiana e residenza
- 2) copia della cartella clinica
- 3) certificato rilasciato dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane, attestante le condizioni (natura pubblica, mancanza dello scopo di lucro del centro presso il quale avviene il ricovero.
- 4) n. _____ fatture e ricevute in originale.

Spett.le A.U.S.L. BA/4
Ufficio Assistenza all'Estero
Corso Italia, 21

MOLA DI BARI

Oggetto: richiesta rimborso spese sanitarie e
di viaggio per ricovero all'estero.

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ via _____

c h i e d e

ai sensi del D.M. 3/11/89 art. 7 c. 4, il rimborso delle spese soste
nute in occasione del ricovero effettuato all'estero presso _____
_____ dal _____ al _____
autorizzato con regolare modello E 112:

- spese sanitarie (valuta estera)	= Lit.
- spese di viaggio	"
- altre	"
totale	Lit. _____

Allega a tal fine:

- 1) Atto notorio reddito nucleo familiare
- 2) Documentazione di spesa in originale.

Distinti saluti.

Mola di Bari,



**AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO
VISITE ED ESAMI SPECIALISTICI**

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - D.G.R. 2790/2010 (B.U.R.P. n. 7 del 14/01/2011)

Il/la sottoscritto/a	nato/a a	il
residente a	Prov.	Via
C.F.		

In qualità di: diretto interessato Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado
ovvero di genitore esercente la potestà, tutore, amministratore di sostegno, curatore del seguente **beneficiario**:

Nome	Cognome	nato/a a	il
residente a	Prov.	Via	
C.F.			

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*)

E01	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98								
E01 (a)	Con figlio/i di età inferiore a 6 anni appartenente/i ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98:								
E01 (b)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						
E02	<p>Disoccupato (o appartenente al nucleo familiare fiscale del disoccupato), iscritto negli elenchi del Centro per l'Impiego di _____, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31, incrementabile fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.</p> <p>Dati del Disoccupato (se diverso dal dichiarante)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						
E03	<p>Titolare di pensione sociale (o appartenente al nucleo familiare fiscale del titolare di pensione sociale)</p> <p>Dati del Titolare di pensione sociale (se diverso dal dichiarante)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						
E04	<p>Titolare di pensione al minimo (o appartenente al nucleo familiare fiscale del titolare di pensione al minimo) di età superiore a 60 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a € 8.263,31 incrementabile fino a € 11.362,05, in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.</p> <p>Dati del Titolare di pensione al minimo (se diverso dal dichiarante)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede altresì il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare fiscale del dichiarante (da compilarsi solo per le condizioni E02, E03 e E04).

Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo al ritiro dell'attestato di esenzione rilasciato dalla ASL, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (art. 1 comma 7 del D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

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 dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, 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 _____

PER ACCETTAZIONE



AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO ASSISTENZA FARMACEUTICA

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - DGR n. 1391/2011 (B.U.R.P. n. 104 del 01/07/2011)

Il/la sottoscritto/a					nato/a a					il				
residente a					Prov.					Via				
C.F.														

In qualità di: diretto interessato Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado.
 ovvero di genitore esercente la potestà, tutore, amministratore di sostegno, curatore del seguente beneficiario:

Il/la sottoscritto/a					nato/a a					il				
residente a					Prov.					Via				
C.F.														

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*)

E94	Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.
E95	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo annuo non superiore a 36.151,98 euro
E96	Assistito appartenente a nuclei familiari con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede altresì il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare fiscale del dichiarante (da compilarsi eventualmente solo per le condizioni E94 e E96):

Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Note
Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo al ritiro dell'attestato di esenzione rilasciato dalla ASL, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (art. 1 comma 7 del D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

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 dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, 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 _____

PER ACCETTAZIONE

UFFICIO PROTESI
- ACCESSO

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 11 - AREA SUD
Comuni di : Mola di Bari - Noicattaro - Rutigliano
Sede : Corso Italia, 21 - 70042 MOLA DI BARI
DIRETTORE DEL DISTRETTO DR.SSA MARIA TATEO
UFFICIO PROTESI - TEL.080/4717763 - Tel. e FAX 080/4717702

Oggetto : Richiesta dispositivi protesici.

Il/a sottoscritto/a _____ nato a _____, il _____
residente in _____ Via _____ chiede
l'autorizzazione alla prima fornitura o rinnovo del _____ per
il familiare o per sé assistito/a Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

Ai sensi delle vigenti normative di legge che l'assistito/a sopracitato/a è nato/a a _____
il _____ Prov. _____, è residente a _____
in Via _____ n. _____ e che ha o non ha usufruito
precedentemente di dispositivi protesici _____

Documentazione allegata :

- Prestazione specialistica su Modello Regionale datata _____
- Fotocopia verbale di invalidità o istanza di riconoscimento (solo per maggiorenni) con richiesta di accompagnamento
- Certificato di residenza o autocertificazione.

Mola di Bari, li _____

IL RICHIEDENTE

GRADO DI PARENTELA _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

ai sensi degli artt. 13 e 79 D. Lgs. 196/03

Dichiaro di essere informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n. 675/98 (Privacy), come richiamati dal D. Lgs. 196/03, ed esprimo liberamente il consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per fini assistenziali ed istituzionali.

Data _____ Firma _____

Documento esibito _____

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

Azienda Unità Sanitaria Locale Bari

Lungomare Starita, 6 - 70123 Bari

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 11
CORSO ITALIA, 21 - 70042 MOLA DI BARIU.O. PROTESI E RIABILITAZIONE

CONTRATTO DI COMODATO ART. 1803 CODICE CIVILE

PROT. N. _____

Il sottoscritt _____ nat a _____

il _____ e residente a _____

D I C H I A R A

di ricevere a titolo di C O M O D A T O D' U S O , in nome e per conto di _____

(grado di parentela _____) un _____

prescritto dal Dr. _____ c/o _____

IMPEGNANDOSI A :

Art. 1804 - Custodirla con la diligenza del buon padre di famiglia;

- Servirsi della stessa solo secondo l'uso stabilito;

- Non concederla a sua volta ad altri;

- Rispondere della perdita della cosa concessa in comodato; corrispondendone l'importo di stima dell'oggetto stesso tranne che in caso di deterioramento per effetto d'uso;

- Partecipare in proprio alle spese per l'uso ordinario della cosa, escludendosi la manutenzione straordinaria;

- Restituirla nelle migliori condizioni a questa AUSL, che ne ha l'esclusiva proprietà, nel caso in cui dovesse farne richiesta o vengano a mancare le condizioni che hanno indotto al comodato;

In Fede _____

Il Medico Responsabile

N.B. - I presidi concessi in comodato d'uso vanno restituiti nella mattinata del Lunedì e Mercoledì all'Ufficio Protesi

RICEVO _____

MATRICOLA _____ Cod. N.T.N. _____

" " " "

in perfette condizioni d'uso e copia controfirmata della presente dichiarazione.

Per Ricevuta - Estremi documento _____

Per Consegna
Il Funzionario Amministrativo