

BA

REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA  
DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 5 Grumo Appula  
DIREZIONE - Via della Repubblica 33 - Grumo Appula  
SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA  
(Grumo - Acquaviva - Cassano - Sannicandro - Toritto - Binetto)  
Sede di Acquaviva: 080/3077067 - 080/3077039 - Mercoledì 09:00-13:00 - Giovedì 15:30-17:30  
Sede di Cassano Murge: Lunedì - 09:00-12:00

**MODULISTICA OCCORRENTE PER LA CONCESSIONE DI PRESIDI  
PROTESICI E/O INCONTINENZA:  
PRIMA FORNITURA E/O RINNOVO AUSILI PROTESICI**  
(letto, carrozzina, deambulatore, cuscino, busto, app. acustici ecc. ecc....)

- Prescrizione redatta dallo Specialista di struttura pubblica;
- referto di visita medica;
- copia ultimo verbale di invalidità civile ex art. 11 18/80;
- preventivo ditta prescelta dall'assistito/a;
- modulo di eventuale delega;
- consenso al trattamento dei dati personali sensibili;
- fotocopia documenti di riconoscimento delegante e delegato;

**PRIMA FORNITURA AUSILI PER INCONTINENZA:**  
(pannoloni, traverse, cateteri e buste ecc. ecc...)

- Prescrizione redatta dallo Specialista di struttura pubblica;
- referto di visita medica;
- copia ultimo verbale di invalidità civile ex art. 11 18/80, se in possesso;
- modulo di eventuale delega;
- consenso al trattamento dei dati personali sensibili;
- fotocopia documenti di riconoscimento delegante e delegato;

**EVENTUALE RINNOVO AUSILI PER INCONTINENZA**  
(pannoloni, traverse, cateteri, buste ecc. ecc...)

- Prescrizione redatta dallo Specialista di struttura pubblica, se si tratta di variazione;
- certificato redatto medico di base se si tratta di stessa fornitura;
- copia ultimo verbale di invalidità civile;
- copia ultima bolla di consegna;
- modulo di eventuale delega;
- consenso al trattamento dei dati personali sensibili;
- fotocopia documenti di riconoscimento delegante e delegato;

ASL BARLEDDS N°5

D<sup>ssa</sup> Maria Ventura Medico Fisiatra  
Responsabile U.O.S. Assistenza Specialistica

Cod. Reg. 677126



**REGIONE PUGLIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BA**  
**DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N. 5 Grumo Appula**

DIREZIONE – Via della Repubblica 33 – Grumo Appula  
SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA

(Grumo – Acquaviva – Cassano – Sannicandro – Toritto – Binetto)

**Sede di Acquaviva: 080/3077067–080/3077039 Mercoledì 09:00-13:00 – Giovedì 15:30-17:30**

**Sede di Grumo: 080/3830831 Martedì 09:00-13:00-Giovedì 15:30-17:30**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione di:

Presidio Protesico \_\_\_\_\_ ( in comodato d'uso)

Presidio per incontinenti \_\_\_\_\_

precisa che le presente richiesta viene formulata per se stesso o per il/la \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

PRIMA FORNITURA

RINNOVO FORNITURA

**SI IMPEGNA:**

a comunicare tempestivamente a questo ufficio le variazioni e/o modifiche sullo stato dell'avente diritto, interyenute anche successivamente all'acquisizione dei dispositivi richiesti.

NOTE \_\_\_\_\_

visita ambulatoriale

visita domiciliare

Data \_\_\_\_\_

Per ricevuta

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<b>REGIONE PUGLIA</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALI BARI</b> Lungomare Salaria, 6 (ex CTC) 70123 - BARI Codice Fiscale e Partita IVA: 08534340721 <b>DIREZIONE DISTRETTO OSSIO GANITARIO n. 2</b> Via della Repubblica, 53 - 70025 Grano-Appufa 080/3830857158 - Fax 080/3830859
---	--

UNITÀ OPERATIVA DI ASSISTENZA RIABILITATIVA E PROTESICA

Sede di Acquafredda delle Fonti: Via Francesco Dosanctis, 1 - Tel. 080/754450  
 Sede di Casamio Sgurgu: Via Sogni, 9 - Tel. 080/3077321  
 Sede di Toritto: Via Prof. Francesco Paccone ex P.O. - Tel. 080/3830803

Unità Operativa di: \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato

Al sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 " Codice in materia di Protezione dei dati personali e della Autorizzazione del Garante della Privacy n. 2/2003 su:

- le finalità e le modalità di trattamento su cui sono destinati i dati, connesse con le attività di diagnosi e cura, svolte dai medici a tutela della propria salute;
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o trasmessi o resi accessibili;
- il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione;
- i nominativi di dirigenti medici che saranno titolari del trattamento dei dati personali
- l'impossibilità a procedere nel rapporto di cura nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

Pertanto il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura, al Dr. \_\_\_\_\_

Dirigente Medico della U.O. Di \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato o del rappresentante legale \_\_\_\_\_

Firma del Dirigente Medico che redige il presente modulo \_\_\_\_\_

Il presente Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili sarà custodito nella cartella clinica n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ovvero nella relativa documentazione se trattasi di prestazioni ambulatoriali.

C. F.

**AUTOCERTIFICAZIONE DI ESISTENZA IN VITA**  
(art. 46,47,76 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**D I C H I A R A**

Che l'assistito/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**E' tutt'ora esistente in vita e s'impegna ad informare tempestivamente (entro 5 giorni) l'ufficio protesi su eventuali ricoveri, trasferimenti o in caso di decesso.**

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la dichiarante** (per esteso e leggibile)

ASLBA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI  
Lungomare Starita, 6 (c/o CTO) 70123 - BARI - Partita IVA: 06534340721  
DIREZIONE DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 5  
Via della Repubblica, 33-70025 Grumo Appula (BA)

Assistenza Protocica e Integrativa

MODELLO PER DELEGA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

In qualità di:  TITOLARE

GENITORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  TUTORE dell'assistito sottoindicato

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.Fiscale \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di  
dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000).

DELEGA

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

A compiere per proprio conto la seguente operazione:

Consegna domanda e documentazione finalizzata ad ottenere la fornitura di:

\_\_\_\_\_

Ritiro autorizzazione

Altro \_\_\_\_\_

N.B. Si allega copia del documento d'identità in corso di validità sia del delegante  
che del delegato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_