SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA FRIULI – VENEZIA GIULIA
Azienda per l'Assistenza Santaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Distretto Alto Isontino –Ufficio Assistenza Protesica
Via Vittorio Veneto n. 173 – 34170 GORIZIA

Oggetto: Legge n. 118 dd. 30.03.1971 – Domanda assistenza sanitaria specifica e protesica.

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

n. tel. _____

CHIEDE

† per se stesso

† in qualità di (grado parentela) _____

dell'assistito _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

n. tel. _____

che gli venga concessa l'assistenza specifica-protesica in base alla L. 118 dd. 30.03.1971, perché abbisognevole di:

_____

Per la fornitura del presidio il/la sottoscritto/a intende avvalersi della Ditta _____

_____

Il/la sottoscritto/a fa presente di esser stato informato/a che, in caso di erogazione del presidio sanitario richiesto (di cui agli allegati A e B del Decreto del Ministero della Sanità, dd. 27.08.1999), esiste la possibilità di restituire il presidio stesso, qualora non dovesse averne più la necessità all'Azienda n. 2 "Isontina" dandone avviso al Distretto Alto Isontino- Uficio Assistenza Protesica di Gorizia, via Vittorio Veneton. 173 (tel. 0481/592859), che provvederà agli adempimenti necessari al recupero, al fine di poter disporre di tale presidio per ulteriori necessità.

Il sottoscritto/a prende atto altresì che l'Azienda fa comunque riserva del diritto di prioprietà nel caso in cui il presidio non sia più utilizzato.

Allega alla presente:

1) certificato medicospecialistico

Data _____ Firma _____

Riservato all'Ufficio

† invalido civile
† invalido di guerra
† invalido per servizio
† maggiorenne in attesa di riconoscimento invalidità
† cieco civile
† sordomuto
† minore