

AUTOCERTIFICAZIONE

ASL _____ SEDE _____

Oggetto: Istanza presidi assistenza protesica/ausili monouso - Autocertificazione

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici e/o e-mail _____

CHIEDE

la fornitura di presidi di assistenza protesica o ausili monouso come da prescrizione allegata alla presente redatta da (indicare medico e struttura) _____

in data _____

A tal fine consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 e 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000)

di essere nato il ___ / ___ / _____ a _____

di essere residente in Via/P.zza _____

Città _____

di risiedere all'indirizzo di cui sopra a far data dal _____

- di impegnarsi (qualora il presidio richiesto sia su misura o di serie adattato da parte di un operatore sanitario) a sottoporre quanto fornito al collaudo da parte dello specialista prescrittore o della Sua Unità operativa entro 15 gg dalla consegna e produrne le risultanze entro i successivi 5 giorni alla ASL;
- di assumersi l'impegno di comunicare alla ASL le eventuali variazioni dello stato di invalidità a seguito di accertamento della commissione medica INPS;
- di non avere ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente;
- di impegnarsi a restituire i presidi ricevuti qualora non siano più necessari od idonei alle proprie esigenze alla ASL per il servizio di riutilizzo o a richiedere la cessazione della fornitura;
- di essere a conoscenza della gratuità della fornitura dei presidi previsti dalla normativa e della illegittimità di eventuali richieste economiche da parte della ditta fornitrice (ad eccezione di eventuali spese per la consegna a domicilio e/o montaggio per i presidi nuovi);
- di essere altresì a conoscenza dei costi da sostenere a proprio carico qualora la prescrizione riguardi presidi riconducibili ovvero nel caso di presidi appartenenti ad una delle tipologie

previste dalla normativa ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione contenuta nel nomenclatore e scelte dall'assistito (es. qualità materiale presidio);

- di essere a conoscenza che in caso di smarrimento del presidio la ASL potrà per una sola volta, prima che siano scaduti i tempi di rinnovo previsti dalla normativa, procedere ad autorizzare la sostituzione del medesimo presidio a proprio carico;
- di aver/non aver (barrare l'opzione non valida) stipulato per il presidio oggetto dell'istanza polizza assicurativa volta a sostituzione e/o rimborso del presidio;
- di assumersi la responsabilità della custodia e della buona tenuta del presidio che verrà erogato;
- che i dati prodotti sono veritieri e sussistenti alla data odierna.



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (GDPR). Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASL ROMA 3 - Via Casal Bernocchi n. 73 00125 Roma - Pec: direzione.generale@pec.aslroma3.it. Il Responsabile della protezione dei dati è l'Ing. Nicola Barberini (NB Consulting), contattabile scrivendo alla e-mail direzione@nbconsulting.it. 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 tuoi diritti di cui agli artt. 15-22 del GDPR potrai rivolgerti al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento. Il Titolare tratta i tuoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per finalità amministrative correlate alla cura, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi dell'ASL ROMA 3, consultabile anche sul sito web, all'indirizzo <https://www.aslroma3.it/privacy-policy> e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Luogo e Data

Firma
