



Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Al Direttore U.O.C ABS Acquisizione Beni e Servizi  
e-mail : [sabs@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:sabs@pec.aslnapoli3sud.it)

Per tramite del Distretto Sanitario N° 59 U. O. ASSISTENZA RIABILITATIVA

Il sottoscritto.....  per se stesso

Quale  familiare  delegato di (\*).....

Residente a.....

Via .....n°..... Tel. ....

Affetto da.....

In possesso di attestato di invalidità... SI  NO

Avendo presentato istanza alla competente Commissione Invalidi Civili in data.....

**CHIEDE**

**Ai sensi del D.M.n.332/99 la fornitura del seguente presidio:(Indicare tipologia di presidio e modello)**

: \_\_\_\_\_

**Fra le ditte di seguito elencate la Ditta: (apporre la firma sulla ditta prescelta)**

- EUBIOS SRL** : .....
- VIVISOL NAPOLI SRL** : .....
- MEDICAIR SRL** : .....
- MAGALDI LIFE** : .....
- VITALAIRE** : .....
- LINDE MEDICALE** : .....
- CARE LIFE** : .....
- RESPIRAIRE SRL** : .....
- NIPPON GASES PHARMA SRL** : .....

Si impegna di comunicare alla UOAR del proprio Distretto, il prima possibile, ogni variazione o non utilizzo dell'apparecchiatura fornita.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti del codice in materia di protezione dei dati personali approvato con D.L. n. 196 del 30/06/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

(\*) in caso di delegato Acquisire Delega

\_\_\_\_\_ (firma)

li

\_\_\_\_\_ (data)

Autocertificazione DPR 445/00

IL SOTTOSCRITTO.....NATO IL.....

RESIDENTE in.....via.....n°.....

TELEFONO.....(titolo di parentela).....

DELEGATO ( **inviare delega con relativi documenti in PDF** ) email

.....

**CHIEDE**

L'AUTORIZZAZIONE DI::

/\_/PROTESI /\_/ FISIOTERAPIA ETC.

PER.....NATO IL.....

RESIDENTE in.....via.....n°.....

TELEFONO .....email .....

Ai SENSI DELL'ART.13 LEGGL 196/03 (dati sensibili )

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA CON LA PRESENTE A SOTTOPORRE IL PRESIDIO, ENTRO 10 GIORNI DALLA CONSEGNA, ALL'OBBLIGATORIO COLLAUDO SPECIALISTICO, A COMPLETARE INOLTRE LA PROCEDURA INVIANDO IL TUTTO IN PDF AL SEGUENTE IDIRIZZO MAIL [ds59.riabilitazione@aslnapoli3sud.it](mailto:ds59.riabilitazione@aslnapoli3sud.it)

CONSAPEVOLE CHE L'INADEMPIENZA COMPORTERA' LA PERDITA AL DIRITTO DI UN EVENTUALE ULTERIORE FORNITURA DELLO STESSO PRESIDIO.

COSCIENTE ED AMMONITO SULLE RESPONSABILITA' PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE (Art.73 DPR 455/00)

Dichiaro CHE è INVALIDO / /

NON INVALIDO / /

LUGO DATA

FIRMA

.....

.....