



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Al Direttore U.O.C ABS Acquisizione Beni e Servizi
e-mail : 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.....

Vian° 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

_____ **li** _____
(firma) (data)