

 Distretto Sanitario di Guidonia

 U.O.S.D. Assistenza Protesica

 Via dei castagni n20/22

 00012 Guidonia

 Mail: assistenzaprotesica.guidonia@aslroma5.it

Mail: ventiloterapia.guidonia@aslroma5.it

**ASSISTENZA PROTESICA**

**OGGETTO: ISTANZA DISPOSITIVI DI VENTILOTERAPIA**

IL SOTTOSCRITTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI/e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La fornitura dei presidi di ventiloterapia **come da prescrizione allegata alla presente redatta dal medico specialist Dott/ssa**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFCAZIONE (ART 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

di essere nato il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere residente in Via/p.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle proprie responsabilità civili e penali si impegna :

- A comunicare tempestivamente alla Asl Roma 5 Distretto Sanitario di Guidonia – Ufficio Assistenza protesica ogni variazione ( per non utilizzo, trasferimento, cambio di residenza, ricovero ) al seguente indirizzo mail: **ventiloterapia.guidonia@aslroma5.it** **in alternativa di persona nei giorni di martedi e giovedì dalle 10 alle 12; la mancata comunicazione delle variazioni comporterà l’addebito del costo del noleggio**

 **-**A presentare entro un anno dalla presentazione della domanda per il riconoscimento dell’ invalidità civile , il relativo verbale attestante la patologia di interesse

**-** iI sottoscritto, come sopra generalizzato, è consapevole che il presidio di ventiloterapia è di proprietà della Asl Roma5;

**-** Si impegna a presentare **ANNUALMENTE,** prima della scadenza, il rinnovo del piano terapeutico specialistico. La mancata presentazione, non motivata, comporterà la disdetta del contratto di noleggio,

**Firma del paziente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**