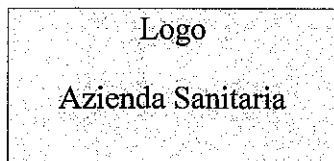


REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di _____



Assessorato della Salute

"Richiesta di ausili e/o presidi di cui all'art. 17, comma 5 del DPCM 12.1.2017"
(rilasciato ai sensi del D.A.)

Azienda Sanitaria

Distretto Sanitario di

Pratica n. _____

Il Sottoscritto (cognome e nome): _____ nato a _____ il ____/____/____

Codice fiscale _____ Sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ Via _____ ASP di residenza _____

Protesi prescritta: _____

CHIEDE**la fornitura dei seguenti ausili e/o presidi secondo la procedura di cui all'art. 17, comma 5 del DPCM 12.1.2017**

essendo stato informato della differenza di prezzo che pagherà alla ditta fornitrice, oltre la tariffa prevista dal nomenclatore tariffario e che le eventuali riparazioni non sono rimborsabili.

Data _____

L'assistito _____

