



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:

C H I E D E

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

A handwritten signature in black ink, appearing to be a name like "Alessandro".

