

**EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE**

1. NUMERO DI PRATICA	2. DATA PRESENTAZIONE DOMANDA	3. TIPO DI FORNITURA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1° Fornitura <input type="checkbox"/> 2° rinnovo	<input type="checkbox"/> 3 riparazione <input type="checkbox"/> 4 riserva <input type="checkbox"/> 5 riconducibilità <input type="checkbox"/> 6 sostituzione
4. Richiedente: Cod. Reg.le Assistito <input type="text"/>		Data di Nascita <input type="text"/>	
Cognome <input type="text"/> Nome <input type="text"/>		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
5. Residenza Anagrafica		codice residenza <input type="text"/>	
Via <input type="text"/> n. <input type="text"/> comune <input type="text"/>		tel. <input type="text"/>	
6. Posizione nella Professione <input type="text"/>	7. Aventi diritto		
codice <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Invalidità accertata <input type="checkbox"/> 2 Minori di anni 18 <input type="checkbox"/> 3 Istanti nelle condizioni di cui all'art. 1 - L. 18/80 <input type="checkbox"/> 4 Stomizzati <input type="checkbox"/> 5 Amputati		
8. DIAGNOSI <span style="float:right">cod. diagnosi <input type="text"/></span>			
9. PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA ABILITATO (v. albo prescrittori)			
presidio prescritto	codice relativo	10. <input type="checkbox"/> 1 Preventivo della Ditta fornitrice (protesi allegato A)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Importo fornitura per riconducibilità (art. 2 c. 4 D.M. 28/12/92)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Fornitura di ausili tecnici (allegato B)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	CODICE	n. pezzi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il Medico Specialista Prescrittore		Tot ale <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	data <input type="text"/>	Timbro e Firma della Ditta
(firma)	codice	cod. Ditta <input type="text"/>	<input type="text"/>
data <input type="text"/>	(timbro presidio di riferimento)		
11. IL RICHIEDENTE, VISTA LA PRESCRIZIONE, DICHIARA:			
<input type="checkbox"/> di scegliere la ditta <input type="text"/> <input type="checkbox"/> di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico prescrittore la protesi che riceverà, entro i 10 giorni successivi alla consegna <input type="checkbox"/> di non avere ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente <input type="checkbox"/> di impegnarsi a restituire la protesi ricevuta qualora non sia più necessaria od idonea alle proprie esigenze <input type="checkbox"/> di essere a conoscenza della gratuità della fornitura dei presidi del N.T. e della illegittimità di richieste di pagamento da parte della ditta fornitrice <input type="checkbox"/> di essere a conoscenza delle procedure per la fornitura dei presidi riconducibili al Nomenclatore Tariffario			
data <input type="text"/>	Firma del richiedente (o di chi ne ha la tutela) <input type="text"/>		
12. VERIFICATE LE CONDIZIONI DI AVENTE DIRITTO DEL RICHIEDENTE E DI CONCEDIBILITA' DEL PRESIDIO PRESCRITTO SI AUTORIZZA LA SPESA PER :			
<input type="checkbox"/> la fornitura della protesi prescritta per l'importo (globale comprensivo dell'IVA) di Euro		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> la fornitura degli ausili tecnici prescritti per l'importo (globale comprensivo dell'IVA) di Euro		<input type="text"/>	
Numero Registro <input type="text"/>	Prot. n. <input type="text"/>	data <input type="text"/>	
Il Responsabile dell'Autorizzazione (v. albo autorizzatori)			
A.S.L. n. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	codice <input type="text"/>
(firma)			
13. CONSEGNA			
dalla Ditta fornitrice <input type="text"/>		ricevo <input type="text"/>	
A) la protesi matricola n. <input type="text"/>		B) la protesi matricola n. <input type="text"/>	
		presidio n. <input type="text"/>	
Data <input type="text"/>	Il Richiedente <input type="text"/>		
(firma)			
14. CERTIFICAZIONE DEL COLLAUDO AVVENUTO IN DATA <input type="text"/>			
SI ACCERTA la rispondenza del presidio dal lato funzionale e la sua conformità alla prescrizione			
Matricola del presidio <input type="text"/>		firma del medico prescrittore e collaudatore <input type="text"/>	

igere in 5 esemplari:  
 ia per Ditta Fornitrice    ② Copia per la Regione Lombardia    ③ Copia per l'Utente    ④ Copia per l'ASL autorizzante    ⑤ Copia per il Prescrittore