



Regione Puglia

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Distretto Socio Sanitario di Bari

Sede: via Federico Vecchio, 1 70126 Bari – Tel. 080.584.4668 – 2745 - 2701

mail: [dssbari@asl.bari.it](mailto:dssbari@asl.bari.it); mail pec: [distrettobari.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:distrettobari.aslbari@pec.rupar.puglia.it)



**Servizio di Assistenza Protesica**

via Caduti di Via Fani, 25 – Bari; tel. 080.584.2035; email: [ufficioprotesi.dssbari@asl.bari.it](mailto:ufficioprotesi.dssbari@asl.bari.it)

### RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA

Parte riservata alla segreteria

N. progressivo di arrivo	Del	Posizione archivio n.
--------------------------	-----	-----------------------

Al DSS Bari, Servizio Assistenza Protesica

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		Documento identità	
		n.	
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

in qualità di:  diretto interessato

Ovvero in qualità di:  genitore esercente la potestà

tutore

delegato (si fa rinvio all'atto di delega)

amministratore di sostegno

curatore

del seguente beneficiario:

Sig./Sig.ra			
nato/a a		Documento identità	
		n.	
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

- **CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione** alla fornitura di \_\_\_\_\_ come da prescrizione specialistica allegata
- **DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali
- **ACCONSENTE al trattamento dei dati** personali e sensibili con le modalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali al procedimento per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica. Tale consenso si ritiene valido fino a revoca dell'interessato.
- **ALLEGA autocertificazione residenza dell'interessato delegante**

#### AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA DELL'ISTANTE

Il sottoscritto/a		C.F.	
nato/a a		il	
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 DICHIARA di			
essere residente a		( ) CAP	alla via
data		Firma	

#### Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation)

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'ufficio ricevente \_\_\_\_\_  
(Firma dell'addetto)