



ASL Mediocampidano

Azienda socio-sanitaria locale

All'Ufficio Assistenza Protesica

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ tel _____

Cod.Fiscale _____

☐ per se stesso ☐ in qualità di _____

Del Sig./ra _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via /Piazza _____ tel _____

Cod.Fiscale _____

CHIEDE

IL RITIRO A DOMICILIO DEI PRESIDI CEDUTI IN COMODATO D'USO E DA RICONSEGNARE ALLA ASL

CAUSA DEL RITIRO:

- ☐ DECESSO DEL PAZIENTE
☐ RICONDIZIONAMENTO
☐ RIPARAZIONE

AUSILI DA RITIRARE

Il/la sottoscritto/a assistito o persona legalmente autorizzata ai sensi del combinato disposto dall'art. 13 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dalla ASL titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Sanluri _____
(data)

(firma del dichiarante)