



ASL Medio campidano
Azienda socio sanitaria locale

Dipartimento di Integrazione
Ospedale Territorio

ASL MEDIO CAMPIDANO

OGGETTO: RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____/____/____ Codice Fiscale _____

Residente in _____ Telefono _____

E-mail _____

CHIEDE

**il rilascio della certificazione ASL necessaria ai fini della presentazione della domanda di
Bonus Sociale per disagio fisico, ai sensi della normativa vigente.**

DICHIARA

- di essere il diretto interessato;
- di agire in qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno del sig./a:

_____;

- **è persona in gravi condizioni di salute tali da richiedere l'utilizzo presso il proprio domicilio di apparecchiature medico-terapeutiche, necessarie per la sua esistenza in vita alimentate ad energia elettrica indicate all'elenco nella pagina 2.**



Funzioni/Apparecchiature	Fino a 8 h al giorno	Tra 8 - 16 h al giorno	Oltre 16 h al giorno
FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA			
1. apparecchiature per pressione positiva continua			
2. ventilatori polmonari			
3. polmoni d'acciaio			
4. tende per ossigeno terapia			
5. concentratori di ossigeno fissi			
6. concentratori di ossigeno portatili			
7. aspiratori			
8. monitor multiparametrici			
9. pulsossimetri			
FUNZIONE RENALE			
10. apparecchiature per la dialisi peritoneale			
11. apparecchiature per emodialisi			
FUNZIONE ALIMENTARE			
12. nutripompe			
13. pompe d'infusione			
14. pompe a siringa* *funzionamento a batterie non ricaricabili			
AUSILI			
15. carrozzine elettriche			
16. sollevatori mobili			
17. sollevatori mobili a sedili elettrici sollevatori mobili a barella elettrici			
18. sollevatori fissi a soffitto			
19. sollevatori per vasca da bagno			
20. materassi antidecubito			



ASL Medio campidano
Azienda socio sanitaria locale

Dipartimento di Integrazione
Ospedale Territorio

Allega:

- ☐ Documento di identità;
- ☐ Eventuale delega/titolo di rappresentanza;

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____