



S.C. Assistenza Sanitaria Territoriale

Io sottoscritto/a ROSSI MARIO
nato/a a TORINO il 01-01-1901
(Documento _____ n. _____, rilasciato a _____
il _____), in qualità di:

diretto interessato oppure: (indicare il grado di parentela) FIGLIO
del sig./sig.ra ROSSI LUCA, nato/a TORINO
il 02-02-1802, residente a Torino in VIA ROMA 1

incarico la Ditta : Ortopedia e sanitari SA.RI L.go Casteldelfino 19 Torino mail:info@sariortopedia.com
a richiedere all'A.S.L. TO2 - Ufficio Assistenza Protesica ed Integrativa l'autorizzazione alla
fornitura di:

CARROZZINA PIEGHEVOLE

Torino, 01/01/2001. Firma [Signature]

**SI INFORMA CHE IL RILASCIO
DELL'AUTORIZZAZIONE È SUBORDINATO ALLA
VERIFICA DEL POSSESSO DI TUTTI I REQUISITI
PREVISTI DALLA NORMATIVA ED ALLE
DISPOSIZIONI/PROCEDURE DELL'ASL Ufficio
Assistenza Protesica ed Integrativa**

Rilascio, infine, il recapito per una **pronta reperibilità**, sia per comunicazioni
sia per indicare dove potrà avvenire l'eventuale fornitura domiciliare da parte
dell'ASL:

COGNOMI SUL CITOFONO: ROSSI
INDIRIZZO: VIA ROMA 1 - TORINO
TELEFONO: 011-011-1111

Ai sensi degli artt. 85 e 86 D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., per garantire il corretto svolgimento delle procedure relative alla presente fornitura ed esclusivamente
per l'adempimento dei fini istituzionali e per operazioni compatibili con tali scopi, acconsento al trattamento dei miei dati identificativi e sanitari.

Torino, 01/01/2002 Firma dell'interessato/a [Signature]