



**A.S.L.**  
Azienda Sanitaria Locale

**S.C. Assistenza Sanitaria Territoriale**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
(Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, rilasciato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_), in qualità di:

diretto interessato       oppure: (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_  
del sig./sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, **residente a** : \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,

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:

Il: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**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 TO2 – 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 CITOFOONO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

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, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a \_\_\_\_\_