



ASSISTENZA PROTETICA PRESCRIZIONE PRESTAZIONI

Alla cortese attenzione della DIREZIONE SANITARIA

A.S.S. n. ___ “ _____ ”

(Indirizzo dell’ASS di residenza dell’Utente)

Prescrizione di Dispositivi Extratariffario

(ex art. 1, comma 6, D.M. 332/99)

DATI UTENTE

Codice Fiscale Sesso M F

Cognome Nome _____ Data di nascita ___ / ___ / _____

Comune di residenza _____ Cod. Comune _____

Indirizzo di residenza _____

Domicilio sanitario (se differente da residenza) _____

Il sottoscritto _____ tenuto conto dell’impossibilità di ottenere analogo beneficio riabilitativo mediante l’utilizzo di dispositivi ricompresi nel vigente Nomenclatore tariffario, o ad essi riconducibili, per i seguenti motivi:

**richiede la fornitura del / dei seguenti dispositivi extratariffario in quanto l’assistito risulta portatore di gravissime disabilità e per il quale il loro utilizzo risulta essere
INDISPENSABILE e INSOSTITUIBILE**

Timbro
Medico Prescrittore

Data _____

Firma _____