



**Regione del Veneto**  
**AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA**  
 www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it  
 Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA  
 -----  
 Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

**DISTRETTO N. 4 – UFFICIO AUSILI E PROTESI**

## RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

DOMICILIATO PRESSO \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'autorizzazione per la fornitura gratuita del seguente presidio/i nei limiti previsti dalla normativa vigente (D.M. 27.08.99 n.332):

<input type="checkbox"/> MATERASSO	<input type="checkbox"/> COMPRESSORE
<input type="checkbox"/> LETTO	<input type="checkbox"/> SPONDE
<input type="checkbox"/> SEGGIOLONE POLIFUNZIONALE peso kg _____ seduta cm _____	<input type="checkbox"/> CARROZZINA PIEGHEVOLE peso kg _____ seduta cm _____
<input type="checkbox"/> COMODA	<input type="checkbox"/> SOLLEVATORE
<input type="checkbox"/> CUSCINO	<input type="checkbox"/> MONTASCALE
<input type="checkbox"/> DEAMBULATORE	<input type="checkbox"/> AUSILI PER INCONTINENZA
<input type="checkbox"/> ASPIRATORE	<input type="checkbox"/> ALTRO

barrare in caso di **primo accesso** all'ufficio

**COGNOME E NOME di chi presenta la domanda** (se persona diversa dall'interessato) scrivere in stampatello:

Il firmatario autorizza codesto Ufficio alla conservazione e al trattamento dei dati riguardanti il procedimento in oggetto (Legge n. 675 del 31/12/1996 e successive modifiche).

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RICHIEDENTE