

Distretto Sanitario di Guidonia
Via dei Castagni ,20/22 – 00012 Guidonia

AVVISO **ASSISTENZA PROTESICA**

A causa dell'attuale situazione epidemiologica da COVID-19 si sospende il ricevimento del pubblico dal 19 di novembre fino al 31 gennaio 2021 pertanto le prescrizioni per i presidi protesici dovranno essere inoltrati per posta elettronica al seguente indirizzo mail

assistenzaprotesica.guidonia@aslroma5.it

Per coloro che sono impossibilitati ad inviare la documentazione tramite mail si potrà chiamare il servizio il martedì e il giovedì dalle ore 11.00 alle ore 13.00 al seguente numero telefonico **0774 /779740** per prenotare un appuntamento

Documentazione necessaria

- 1) **PRIMO ACCESSO:** compilazione del modulo di **istanza presidi assistenza protesica /ausili monouso -Autocertificazione** riportato di seguito con gli allegati indicati nel riquadro a fine pagina
- 2) **RINNOVO PRESIDI:** la prescrizione specialistica e preventivo redatto dal proprio fornitore (sanitaria, farmacia, ortopedia).
- 3) **RINNOVI CATETERI/SACCHE/STOMIE/:** prescrizione del medico di base con indicazione della fornitura trimestrale preventivo del proprio fornitore (sanitaria, farmacia, ortopedia)

Vista la proroga dello stato di emergenza, tutti i piani terapeutici in scadenza entro il 31/01/2021 saranno rinnovati d'ufficio per ulteriori 3 mesi. Prima di tale data non è necessario consegnare l'impegnativa per il rinnovo annuale.

Il Responsabile Assistenza Protesica
Dott.ssa Matilde Loffredo

Il Direttore del Distretto G2
Dott.ssa Stefania Salvati

Distretto Sanitario di Guidonia
Ufficio Assistenza Protesica
Via dei castagni n20/22
00012 guidonia
assistenza.protesica.guidonia@aslroma5.it

ALLEGATO N. 1

ISTANZA PRESIDI ASSISTENZA PROTESICA/AUSILI MONOUSO – AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici/e-mail _____

CHIEDE

la fornitura di presidi di assistenza protesica o ausili monouso come da prescrizione allegata alla presenta redatta da (indicare medico e struttura) _____

_____ in data _____

Al tal fine consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Artt. 46 e 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000)

di essere nato il ____/____/____ a _____

di essere residente in Via/Piazza _____ Città _____

di risiedere all'indirizzo di cui sopra a far data dal _____

- di impegnarsi (qualora il presidio richiesto sia su misura o di serie adattato da parte di un operatore sanitario) a sottoporre quanto fornito al **collaudo** da parte dello specialista prescrittore o della sua unità operativa e produrre alla ASL l'esito entro i 20 giorni dalla consegna del presidio;
- di assumersi l'impegno di comunicare alla ASL le eventuali variazioni dello stato di invalidità a seguito di accertamento della Commissione Medica INPS o in esito a ricorso giuridico;
- di autorizzare questa Azienda Locale al trattamento dei propri dati personali e sensibili;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati e della normativa italiana vigente per la protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere altresì informato che il titolare del trattamento dei dati conferiti è **ASL ROMA 5** - Via Acquaregna 1/15 - 00019 Tivoli - www.aslroma5.it - +39.0774.317711 p.iva 04733471009; ai sensi dell’art. 28 del D. Lgs 196/2003;
- di non avere ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né richiederlo successivamente;
- di impegnarsi a restituire i presidi ricevuti qualora non siano più necessari o idonei alle proprie esigenze alla ASL per il servizio di riutilizzo o a richiedere la cessazione della fornitura;
- di essere a conoscenza della gratuità della fornitura dei presidi previsti dalla normative e della illegittimità di eventuali richieste economiche da parte della ditta fornitrice (ad eccezione di eventuali spese per la consegna a domicilio e/o montaggio per i presidi nuovi);
- di essere altresì a conoscenza dei costi da sostenere a proprio carico qualora la prescrizione riguardi presidi riconducibili ovvero nel caso di presidi appartenenti ad una delle tipologie previste dalla normativa ma con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione contenuta nel nomenclatore e scelte dall’assistito (es. qualità materiale presidio);
- di essere a conoscenza che in caso di smarrimento del presidio la ASL, potrà per una sola volta, prima che siano scaduti i tempi di rinnovo previsti dalla normativa, procedere ad autorizzarne la sostituzione;
- di aver / non aver (barrare l’opzione non valida) stipulato per il presidio oggetto dell’istanza polizza assicurativa volta a sostituzione e/o rimborso del presidio;
- di assumersi la responsabilità della custodia e della buona tenuta del presidio che verrà erogato;
- che i dati prodotti sono veritieri e sussistenti alla data odierna.

Luogo e Data _____ Firma _____

ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE	
1	Prescrizione in originale effettuata dal medico specialista di struttura pubblica
2	Fotocopia di un documento di identità in corso di validità e della tessera sanitaria (solo nel primo accesso)

3	Fotocopia del verbale di invalidità con indicazione delle patologie (solo nel caso del primo accesso o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)
4	Eventuale sentenza del giudice con allegata relazione del CTU (consulenza tecnico d'ufficio) (solo nel caso di primo accesso o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)
5	Fotocopia della ricevuta di presentazione domanda per riconoscimento invalidità civile e del certificato allegato ove fosse necessario (solo nel caso di primo accesso o aggravamento, non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso)
6	Eventuale delega con fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del delegato
7	Se già predisposto, preventivo del fornitore scelto tra le ditte presenti nell'elenco consultabile sul sito regionale o l' AUTORIZZAZIONE ad assegnare il preventivo alla Sanitaria / Farmacia / Ortopedia convenzionata, scelta liberamente (Allegato n.2)