

## ISTANZA DI FORNITURA DI PROTESI, ORTESI E AUSILI TECNICI

**Assistito** \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ frazione \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ numero civico \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Domicilio (se diverso)** \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ frazione \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ numero civico \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

### **DOMANDA INVALIDITÀ CIVILE**

Già in possesso di verbale     domanda presentata     Assistenza domiciliare

Quadro clinico , note e previsioni di recupero

### **PER IL PAZIENTE SOPRAINDICATO SI RICHIEDE LA FORNITURA DI:**

12.21.03.003	Carrozzina: telaio rigido	12.30.09.103	Aggiuntivo: supporto (trapezio)
12.21.03.006	Carrozzina telaio rigido reclinabile	18.12.27.103	Aggiuntivo: sponde per letto
12.21.06.003	Carrozzina autospinta con W.C.	03.33.06.018	Materasso ad aria con compressore
12.21.09.003	Carrozzina ruote anteriori con W.C.	03.33.06.018	Materasso ad aria senza compressore
12.24.06.103	Aggiuntivo: cinghia pettorale	03.33.03.009	Cuscino materiale viscoelastico
12.24.15.103	Aggiuntivo: tavolino normale	PRESIDI IN DEROGA ALLE VIGENTI NORMATIVE	
18.12.07.003	Letto a manovella	12.21.06.045	Carrozzina pieghevole ruote piccole
18.12.07.006	Letto a due manovelle		

***Firma e timbro MMG***

**DATA** \_\_\_\_\_

**Dichiarazione di congruenza clinica: Firma e timbro MMG**

Data: