

Dichiarazione rilasciata dall' Invalido o da chi ne esercita la tutela ai sensi dell' art. 5 comma 3 D.M. 332 del 27 agosto 1999

Il/La sottoscritto/a nato/a il

residente atelefono.....

in qualità di
Relazione di parentela del beneficiario del presidio

DICHIARA CHE

Presidio concesso in data

al Sig./Sig.ranato/a il a

residente ain

DEVE ESSERE SOSTITUITO PRIMA CHE SIANO DECORSI I TEMPI MINIMI DI RINNOVO IN QUANTO:

- SMARRITO ROTTO ACCIDENTALMENTE PARTICOLARMENTE USURATO
- TECNICAMENTE NON RIPARABILE O NON PERFETTAMENTE RIPARABILE
- LA RIPARAZIONE NON E' ECONOMICAMENTE CONVENIENTE

SOSPENDE la fornitura di fino al

NECESSITA DELLA SEGUENTE RIPARAZIONE:

-
-

DICHIARO ALTRESI' CHE IL BENEFICIARIO DEL PRESIDIO

Attualmente domiciliato presso:

- CASA DI RIPOSO DI
- PROPRIA ABITAZIONE
- PRESSO

Data FIRMA

Il presidio da riparare è stato autorizzato in data:

con n° di autorizzazione:

e n° di inventario:

data _____

(Timbro e firma Operatore ASL)