

**Richiesta per la concessione di presidi protesici (D.M. n. 332/99 e successive modifiche)**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il ..... a .....  
con residenza anagrafica in ..... via ..... n. ....  
attualmente domiciliato/a in ..... via ..... n. ....  
tel. .... n. codice fiscale .....

chiede

per sé

per altra persona ..... nato/a il .....  
residente a ..... via ..... n. .... tel. ....

in qualità di:

invalido/a civile

invalido/a di guerra/di servizio

minore

che gli/le siano concessi i seguenti presidi .....

ditta fornitrice: .....

Si fa presente che possono essere eseguiti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni fornite e che ai sensi del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445, sono previste sanzioni penali a carico di coloro che rilasciano dichiarazioni o autocertificazioni non rispondenti al vero.

**Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a posto/a a conoscenza che i dati personali da lui/lei inseriti nella domanda vengono raccolti e trattati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in modo automatizzato e/o manuale per l'espletamento delle pratiche relative alla fornitura di presidi protesici. Tali dati potranno essere comunicati ad altri uffici dei Comprensori Sanitari, alla Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige e alla ditta fornitrice. Potranno altresì essere trasmessi in forma anonima ad Uffici pubblici per fini statistici, qualora sia previsto per norma di legge o regolamento in forma non anonima ad altri uffici autorizzati. Il conferimento dei dati richiesti ha natura obbligatoria; il rifiuto di fornire i dati richiesti non consente di dar corso alla domanda presentata. Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in via Cassa di Risparmio 4 a Bolzano, nella persona del Direttore Generale, dott. Andreas Fabi. Responsabile del trattamento dei dati è il/la competente Direttore/Direttrice di Ripartizione, designato/a anche per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del codice della privacy. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a posto/a a conoscenza che può chiedere, in ogni momento, quali sono i suoi dati personali conservati e come essi vengano utilizzati; può anche esercitare il diritto di correggerli, aggiornarli e di ottenere senza ritardo la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge.

....., il .....  
(luogo e data)

.....  
(firma)

**Importante:** La presente domanda può essere presentata anche per posta, per fax o tramite terzi assieme ad una copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento valido del/la richiedente.