

Assistenza odontoiatrica: richiesta dell'attestazione di vulnerabilità socio-sanitaria

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

► l'attestazione della condizione di vulnerabilità socio-sanitaria per ricevere l'assistenza odontoiatrica a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR)

ALLEGO

1. la fotocopia del mio documento di identità in corso di validità
 2. la documentazione sanitaria che attesta l'inizio della patologia e che motiva la mia richiesta
 3. la copia del verbale di invalidità civile che attesta l'invalidità superiore ai 2/3 (67% o più)
- oppure**
3. la copia del verbale rilasciato dalla commissione per il riconoscimento dell'handicap, che attesta la condizione di handicap grave (L. 104/92, art. 3, c. 3)

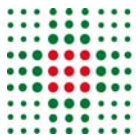
SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere l'attestazione della condizione di vulnerabilità socio-sanitaria

Può presentare la sua richiesta in 3 modi:

- di persona
- per fax
- per posta ordinaria.

ATTENZIONE!

Se sceglie di presentare la richiesta di persona deve avere con sé un documento d'identità. Se sceglie di inviare la richiesta per fax o per posta ordinaria, deve allegare obbligatoriamente la fotocopia di un suo documento di identità in corso di validità.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si attesta che
il/la sig/sig.ra

(nome)

(cognome)

è riconosciuto/a:

invalido/a civile >2/3

con handicap grave (L. 104/92 art. 3, c. 3)

e

risulta affetto/a dalla patologia di cui allegato 2 alla Delib. Giunta Reg. 374/08
identificata dal codice ICD X _____ insorta prima dei 65 anni.

non risulta in possesso dei requisiti sanitari previsti

data

firma e timbro (*Il Medico legale*)