

REGIONE PIEMONTE

ASL NO

SEDE LEGALE: VIA DEI MILLE 2- 28100 NOVARA
P.IVA 01522670031



DISTRETTO DI NOVARA
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA
VIALE ROMA 7 – 28100 NOVARA



GUIDA ALL'EROGAZIONE DI PROTESI, ORTESI ED AUSILI

a cura di
Lorena PERTA
Ufficio Assistenza Protesica Distretto di Novara
Aggiornato al 30/11/2008

PREMESSA

QUESTA GUIDA SI PREFIGGE LO SCOPO DI SEMPLIFICARE E RAGGRUPPARE LE INFORMAZIONI UTILI E LE INDICAZIONI OPERATIVE FINALIZZATE A MIGLIORARE L'EFFICACIA DEL SISTEMA DI EROGAZIONE DI FORNITURE DI ASSISTENZA PROTESICA.

E' RIVOLTA PRINCIPALMENTE AI SOGGETTI DIRETTAMENTE O INDIRETTAMENTE COINVOLTI NEI PROCESSI DI EROGAZIONE DI TALI FORNITURE CERCANDO DI PERSEGUIRE IL COSTANTE MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI NELL'INTENTO DI ARRECARRE IL SEMPRE MINOR DISAGIO POSSIBILE AGLI UTENTI DEL SERVIZIO.

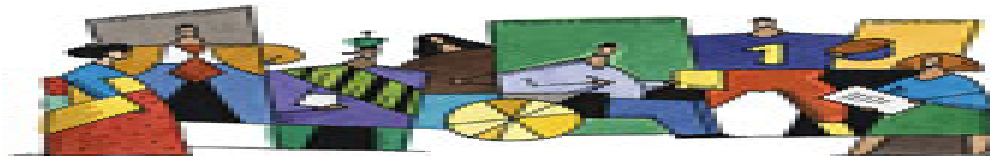
NELLA SPERANZA DI COSTITUIRE UN VALIDO STRUMENTO DI CONSULTAZIONE ED INFORMAZIONE SI RIMANE A DISPOSIZIONE PER QUALSIASI INDICAZIONE O SUGGERIMENTO AL SEGUENTE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA



protesica.nov@asl.novara.it

INDICE

1. UBICAZIONE, ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO, RECAPITI	<i>Pag. 1</i>
2. AVENTI DIRITTO	<i>Pag. 2</i>
3. COMUNI DI COMPETENZA	<i>Pag. 3</i>
4. DOMANDA DI ACCERTAMENTO D'INVALIDITA'	<i>Pag. 4</i>
5. CONTRASSEGNO INVALIDI	<i>Pag. 4</i>
6. INDICAZIONI OPERATIVE	<i>Pag. 5</i>
7. AUSILI PER INCONTINENZA	<i>Pag. 6</i>
8. AUSILI PER ILEO-COLOSTOMIZZATI E UROSTOMIZZATI, MATERIALE DI MEDICAZIONE, MATERIALE PER DIABETICI, OSSIGENOTERAPIA	<i>Pag. 7</i>
9. PROTESI ACUSTICHE	<i>Pag. 8</i>
10. APPARECCHI ATTINENTI LA FUNZIONE RESPIRATORIA	<i>Pag. 9</i>
11. UTENTI ISI – STRANIERI TEMPORANEAMENTE RESIDENTI	<i>Pag. 10</i>
12. UTENTI INAIL – INFORTUNI SUL LAVORO	<i>Pag. 11</i>
13. UTENTI ADI – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	<i>Pag. 11</i>
14. TEMPI MINIMI DI RINNOVO	<i>Pag. 12</i>
15. ESENZIONI	<i>Pag. 12</i>
16. ESENZIONI PER REDDITO	<i>Pag. 13</i>
17. AUTOCERTIFICAZIONI	<i>Pag. 14</i>
18. MODULISTICA	<i>Pag. 15</i>



**1. UBICAZIONE, RECAPITI,
ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO**

Distretto di Novara

UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Viale Roma n. 7 – 28100 Novara

Seconda Palazzina Piano Terra (vicino alla Guardia Medica)

Tel. 0321/374367-368-370

Fax 0321/374371

protesica.nov@asl.novara.it

ORARI DI APERTURA al pubblico

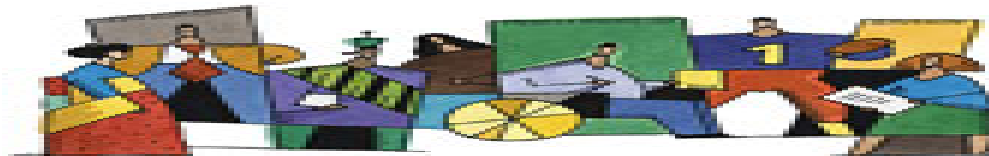
ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA

Dal Lunedì al Venerdì dalle h. 9.00 alle h. 12.00

AMBULATORIO MEDICO

PRESCRIZIONI – *Giovedì dalle h. 8.30 alle h. 11.00 su appuntamento*

COLLAUDI – *Giovedì dalle h. 11.00 alle h. 12.00 senza appuntamento*



2 AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

DI ASSISTENZA PROTESICA

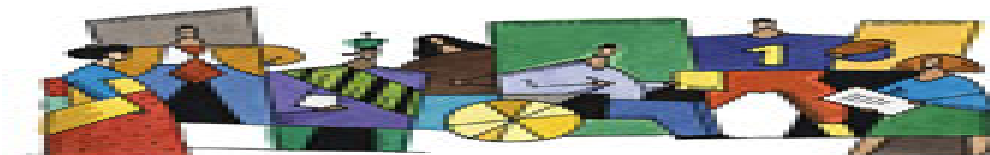
Hanno diritto all'erogazione dei dispositivi previsti per legge gli assistiti con le seguenti menomazioni e disabilità invalidanti:

- a) gli invalidi civili, di guerra e per servizio, i privi della vista e i sordomuti indicati rispettivamente dagli articoli 6 e 7 della legge 2 aprile 1968, n. 482, nonché i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente;
- b) gli istanti in attesa di accertamento che si trovino nelle condizioni previste dall'articolo 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18;
- c) gli istanti in attesa di riconoscimento cui, in seguito all'accertamento sanitario effettuato dalla commissione medica dell'azienda Asl, sia stata riscontrata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, risultante dai verbali di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295;
- d) i soggetti laringectomizzati e tracheotomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati, i portatori di catetere permanente, gli affetti da incontinenza stabilizzata nonché gli affetti da patologia grave che obbliga all'allettamento, previa presentazione di certificazione medica. Per i suddetti soggetti, la prescrizione, redatta da uno specialista del Ssn, dipendente o convenzionato,
- d-bis) i soggetti amputati di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia ed i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, previa presentazione di certificazione medica;
- e) i ricoverati in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la contestuale necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo, a fronte di una menomazione grave e permanente. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.
- f) i minori di anni 18 (anche non in possesso di invalidità civile) che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente.

Le richieste di fornitura per tali utenti devono essere sempre redatte dal medico di medicina generale e corredate da relativa documentazione specialistica.

Agli invalidi del lavoro, i dispositivi dovuti ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono erogati dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) con spesa a proprio carico, secondo le indicazioni e le modalità stabilite dall'istituto stesso.

Sono fatti salvi i benefici già previsti dalle norme in vigore in favore degli invalidi di guerra e categorie assimilate.

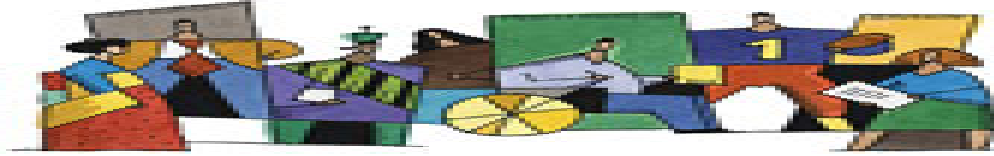


3.COMUNI DI COMPETENZA DEL DISTRETTO DI NOVARA

LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA SONO AUTORIZZABILI ESCLUSIVAMENTE AGLI UTENTI RESIDENTI (*NON DOMICILIATI*) NEI COMUNI DI:

- **BIANDRATE**
- **BORGOLAVEZZARO**
- **BRIONA**
- **CALTIGNAGA**
- **CARPIGNANO SESIA**
- **CASALBELTRAME**
- **CASALEGGIO NOVARA**
- **CASALINO**
- **CASALVOLONE**
- **CASTELLAZZO NOVARESE**
- **FARA NOVARESE**
- **GARBAGNA NOVARESE**
- **GRANOZZO CON MONTICELLO**
- **LANDIONA**
- **MANDELLO VITTA**
- **NIBBIOLA**
- **NOVARA**
- **RECETTO**
- **SAN NAZZARO SESIA**
- **SAN PIETRO MOSEZZO**
- **SILLAVENGO**
- **TERDOBBIATE**
- **TORNACO**
- **VESPOLATE**
- **VICOLUNGO**





4. DOMANDA DI ACCERTAMENTO D'INVALIDITA' CIVILE

1) SI PRESENTA AL

SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE ASL NO

VIALE ROMA 7 – NOVARA

PRIMA PALAZZINA

TEL. 0321/374412 FAX 0321/374331

IL LUNEDI' E IL MERCOLEDI' DALLE H. 14.00 ALLE H. 16.00

2) IL MODELLO E LE ISTRUZIONI NECESSARIE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INVALIDITA' CIVILE SONO REPERIBILI DIRETTAMENTE PRESSO IL SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE O SCARICABILI DAL SITO

www.asl.novara.it

3) ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE VERRA' RILASCIATA COPIA DELLA DOMANDA PER RICEVUTA.

4) NELL'ATTESA DEL RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA' GLI AUSILI DOVRANNO ESSERE RICHIESTI ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA PRESENTANDO COPIA DELLA SUDETTA DOMANDA E RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

5. CONTRASSEGNO INVALIDI

IL CONTRASSEGNO INVALIDI VIENE RILASCIATO DAL SERVIZIO MEDICINA LEGALE ASL NO AI CITTADINI INVALIDI CON GRAVI DIFFICOLTA' DI DEAMBULAZIONE.

LA DOMANDA, CORREDATA DAL VERBALE DI INVALIDITA', DEVE ESSERE PRESENTATA PRESSO:

SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE ASL NO

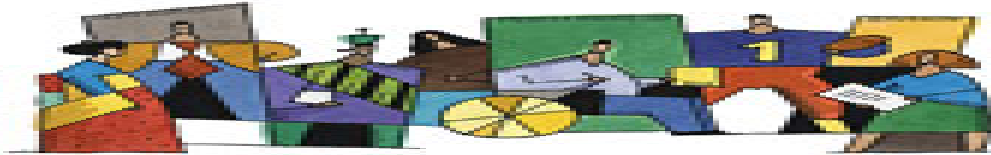
VIALE ROMA 7 – NOVARA - PRIMA PALAZZINA

DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE H. 08.30 ALLE H. 11.00

PER INFORMAZIONI TELEFONICHE

0321/374455

DALLE H. 09.30 ALLE 11.30



6. INDICAZIONI OPERATIVE

IL PRESUPPOSTO PER IL DIRITTO ALLA FORNITURA E' IL RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA' CIVILE IN PERCENTUALE SUPERIORE AL 33%.

TALE DIRITTO ALLA FORNITURA DI PROTESI ED AUSILI E' RICONOSCIUTO IN RELAZIONE ALLE PATOLOGIE INDIVIDUATE NEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE.

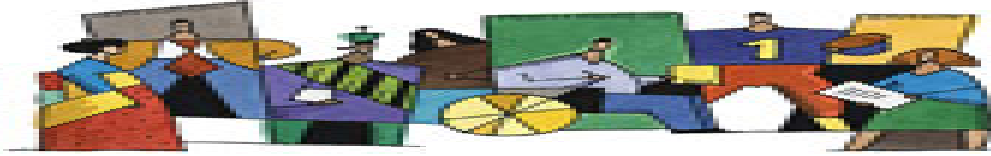
GLI INVALIDI CIVILI AL 100% CON O SENZA ACCOMPAGNAMENTO HANNO DIRITTO ALLA FORNITURA DI AUSILI PER ASSORBENZA ANCHE NEL CASO IN CUI NON SIA ESPRESSAMENTE INDICATA NEL VERBALE DI INVALIDITA' LA DIAGNOSI DI INCONTINENZA SFINTERICA.

IN QUESTO CASO E' SUFFICIENTE ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI FORNITURA DI TALI AUSILI LA CERTIFICAZIONE DI INCONTINENZA CHE POTRA' ESSERE REDATTA ANCHE DAL MEDICO DI BASE.

SI PRECISA CHE PER LE RICHIESTE DI "LETTI ORTOPEDICI, AUSILI ANTIDECUBITO, CARROZZINE, AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE, SOLLEVATORI, AUSILI PER EVACUAZIONE, MONTASCALE, ECC."

E' POSSIBILE PROCEDERE ALLA FORNITURA CON LA SOLA PRESENTAZIONE DI DOMANDA D'INVALIDITA' CIVILE.

L'ACCESSO ALL'AMBULATORIO PROTESICO PER L'EROGAZIONE DELLE FORNITURE AVVIENE, SU PRENOTAZIONE, CON IMPEGNATIVA DEL MEDICO CURANTE PER "VALUTAZIONE PROTESICA PER LA FORNITURA DI..... "



7. AUSILI PER INCONTINENZA

(pannoloni, traverse, cateteri, sacche)

LE RICHIESTE VANNO REDATTE DAI MEDICI DI BASE O DA MEDICI SPECIALISTI DEL S.S.N. SU MODULI IN LORO POSSESSO (“PIANI TERAPEUTICI”) SCARICABILI INOLTRE DAL SITO



www.asl.novara.it

CASISTICHE:

a) PRIMA PRESCRIZIONE (PRESSO UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA):

INVALIDI AL 100% + ACCOMPAGNAMENTO CON DIAGNOSI DI INCONTINENZA INSERITA NEL VERBALE

- **INVALIDI CON % INFERIORE CON DIAGNOSI DI INCONTINENZA INSERITA NEL VERBALE**
- **ISTANTI IN ATTESA DI ACCERTAMENTO IN POSSESSO DI DICHIARAZIONE DI INCONTINENZA REDATTA DA UNO SPECIALISTA DEL S.S.N.**

IN QUESTI CASI GLI AUSILI PER INCONTINENZA VERRANNO FORNITI DIETRO PRESENTAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO REDATTO DAL MEDICO DI BASE.

PER I PAZIENTI IN ATTESA DI ACCERTAMENTO DI INVALIDITA' E NON COMPRESI NELLE CATEGORIE SOPRACITATE E' NECESSARIO PRESENTARE ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA, UNITAMENTE AL PIANO TERAPEUTICO, IMPEGNATIVA DEL MEDICO DI BASE RICHIEDENTE “VALUTAZIONE UROLOGICA”.

b) VARIAZIONI (SOLO PANNOLONI E TRAVERSE):

IN CASO DI VARIAZIONI SUCCESSIVE IL PIANO TERAPEUTICO VA CONSEGNATO ALLE INFERMIERE ADDETTE PRESSO:

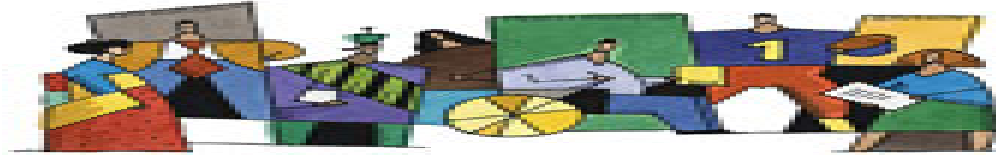
ASL NO VIALE ROMA 7 – NOVARA

SECONDA PALAZZINA PIANO TERRA (VICINO ALLA GUARDIA MEDICA)

ORARI DI APERTURA:

LUNEDI' – MARTEDI'- GIOVEDI' DALLE ORE 08.30-12.30

TEL. 0321/374465



**8. AUSILI PER ILEO-COLOSTOMIZZATI E
UROSTOMIZZATI, MATERIALE DI MEDICAZIONE,
MATERIALE PER DIABETICI, OSSIGENOTERAPIA**

**I PIANI TERAPEUTICI PER IL MATERIALE IN OGGETTO VANNO
CONSEGNATI PRESSO:**

S.C. FARMACIA TERRITORIALE

VIA DEI MILLE 2 – NOVARA - III° PIANO

TEL. 0321/374550-588-536

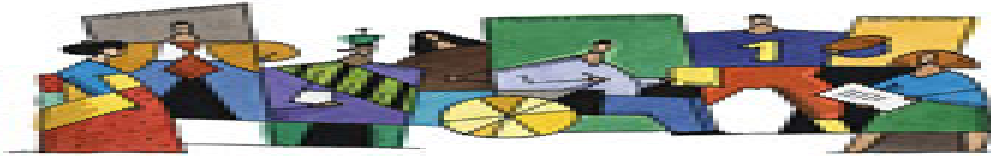
FAX 0321/374589

NEI SEGUENTI GIORNI ED ORARI:

IL LUNEDI' E IL GIOVEDI' ORE 9.00-13.00/14.00-16.00

IL VENERDI' ORE 9.00-13.00

***SI PRECISA CHE PER QUANTO RIGUARDA I PAZIENTI DIABETICI
L'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA SI OCCUPA ESCLUSIVAMENTE
DELLE RICHIESTE DI FORNITURA DI EVENTUALI APPARECCHI
MICROINFUSORI.***



9. PROTESI ACUSTICHE

CASISTICHE:

a.

- INVALIDI AL 100% + ACCOMPAGNAMENTO CON DIAGNOSI DI IPOACUSIA INSERITA NEL VERBALE
- INVALIDI AL 100% O CON % INFERIORE CON DIAGNOSI DI IPOACUSIA INSERITA NEL VERBALE

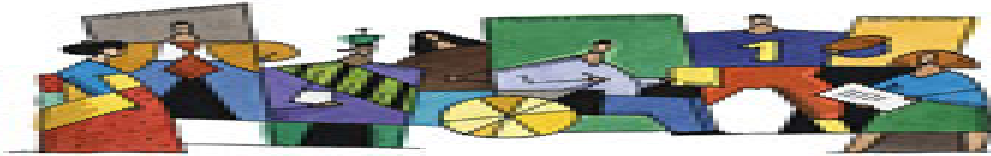
LA RICHIESTA DEL MEDICO DI BASE PER PROTESI ACUSTICA VA PRESENTATA ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA UNITAMENTE AL VERBALE DI INVALIDITA' E ALL'ULTIMO ESAME AUDIOMETRICO EFFETTUATO AL PAZIENTE DA UNO SPECIALISTA DEL S.S.N. O DA SPECIALISTA AMBULATORIALE DI CENTRO PRIVATO ACCREDITATO.

b.

PAZIENTI IN ATTESA DI ACCERTAMENTO DI INVALIDITA'

LA RICHIESTA DI FORNITURA NON PUO' ESSERE PRESENTATA PRIMA DELL'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICO-LEGALE.

LA RICHIESTA CORREDATA DI TUTTI I DOCUMENTI NECESSARI VA PRESENTATA ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA.



10. APPARECCHI ATTINENTI LA FUNZIONE RESPIRATORIA

CASISTICHE

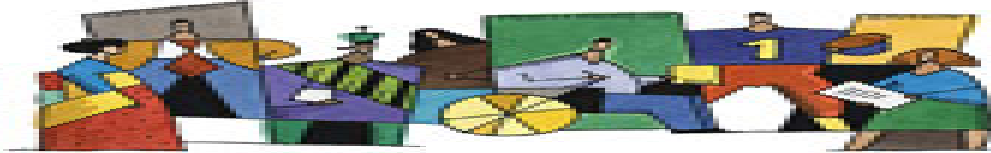
- a. PAZIENTI GIA' RICONOSCIUTI INVALIDI CON DIAGNOSI DI INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE CON SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE GIA' INSERITA NEL VERBALE:

IL MEDICO DI BASE DOVRA' COMPILARE LA RICHIESTA DEL MATERIALE NECESSARIO (VENTILATORE E ACCESSORI), SECONDO LE INDICAZIONI DEL CENTRO SPECIALISTICO DI RIFERIMENTO CONTENUTE NELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN POSSESSO DEL PAZIENTE, SU RICETTARIO REGIONALE DA PRESENTARE ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA UNITAMENTE AL VERBALE DI INVALIDITA' E ALLA DOCUMENTAZIONE SPECIALISTICA DEL CENTRO DI RIFERIMENTO.

- b. PAZIENTI IN ATTESA DI ACCERTAMENTO DI INVALIDITA':

LA RICHIESTA DI FORNITURA NON PUO' ESSERE PRESENTATA PRIMA DELL'EFFETTUAZIONE DI VISITA MEDICO-LEGALE TRANNE NEI CASI DI INDISPENSABILITA' DEL PRESIDIO, DICHIARATI NELLA DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DAL CENTRO SPECIALISTICO.

LA RICHIESTA CORREDATA DI TUTTI I DOCUMENTI NECESSARI VA' PRESENTATA ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA.



11. UTENTI I.S.I. – STRANIERI TEMPORANEAMENTE RESIDENTI

AGLI STRANIERI TEMPORANEAMENTE RESIDENTI NEL TERRITORIO ITALIANO, NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO E AL SOGGIORNO SONO EROGABILI LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE E DI ASSISTENZA PROTESICA.

GLI UTENTI SOPRACITATI DOVRANNO QUINDI PRESENTARSI AL MEDICO DEL CENTRO ISI DELLA ASL PRESSO LA QUALE HANNO DICHIARATO DI ESSERE DOMICILIATI O DI AVERE UNA DIMORA DI FATTO, IL QUALE INVIERA' IL PAZIENTE (CON ESAUSTIVA DOCUMENTAZIONE DEL CASO ED EVENTUALE PRESCRIZIONE SPECIALISTICA) ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA COMPETENTE PER DOMICILIO.

PER GLI UTENTI RICOVERATI PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE LA PRESCRIZIONE DEL PRESIDIO POTRA' ESSERE EFFETTUATA DAL MEDICO SPECIALISTA.

PRESSO IL DISTRETTO DI NOVARA E' ISTITUITO UNO SPORTELLO INFORMATIVO ED UN AMBULATORIO ISI CON I SEGUENTI RECAPITI:

SPORTELLO INFORMATIVO ISI

VIA DEI MILLE 2 – 28100 NOVARA

PIANO TERRA

LUNEDI' DALLE 13.15 ALLE 15.15

MERCOLEDI' DALLE 13.00 ALLE 15.00

VENERDI' DALLE 10.30 ALLE 12.30

TEL 0321/374579

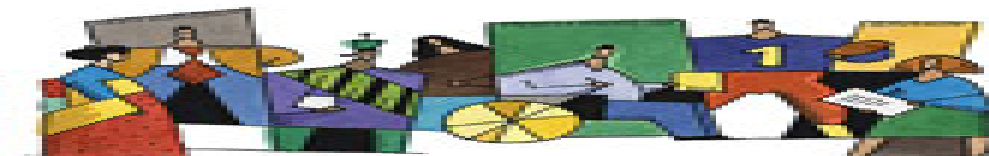
AMBULATORIO ISI

VIA DEI MILLE 2 – 28100 NOVARA

PRIMO PIANO

MERCOLEDI' DALLE 13.00 ALLE 15.00

VENERDI' DALLE 10.30 ALLE 12.30



12. UTENTI INAIL – INFORTUNI SUL LAVORO

LE RICHIESTE PER GLI INFORTUNI TEMPORANEI SUL LAVORO VANNO PRESENTATE ALL’UFFICIO PROTESI CORREDATE DA RICETTA DEL MEDICO DI BASE, DICHIARAZIONE DELL’ISTITUTO NAZIONALE INFORTUNI SUL LAVORO ED EVENTUALE VERBALE DI PRONTO SOCCORSO.

ALL’UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA HANNO ACCESSO GLI INFORTUNATI SUL LAVORO RESIDENTI NEL DISTRETTO DI NOVARA IN POSSESSO DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA ED ENTRO LA SCADENZA DEL PERIODO DI INFORTUNIO.

13. UTENTI ADI – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

PER GLI UTENTI ASSISTITI A.D.I. E’ PREVISTA L’EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA ANCHE IN ASSENZA DEL RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI INVALIDO CIVILE, SORDOMUTO O CIECO CIVILE.

SI PRECISA CHE L’INSERIMENTO IN ADI DEVE ESSERE SPECIFICATO DAL MEDICO DI BASE APPONENDO LA DICITURA “PAZIENTE IN ADI” SULLA RICETTA DI RICHIESTA DI FORNITURA DI MATERIALE PROTESICO.

PRESSO IL DISTRETTO DI NOVARA E’ ISTITUITO IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE CON I SEGUENTI RECAPITI:

SERVIZIO ADI

VIALE ROMA 7 – 28100 NOVARA

(in fondo al corridoio dopo la Guardia Medica)

TEL. 0321/374462

DAL LUNEDI’ AL VENERDI’ 11.30-12.30/14.00-15.00



14. TEMPI MINIMI DI RINNOVO

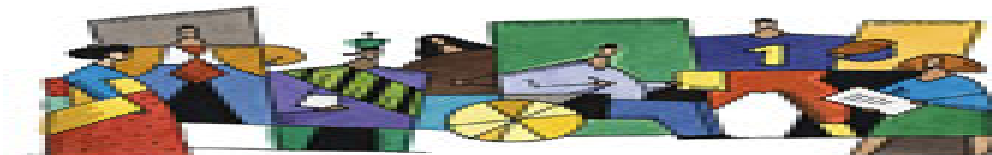
SONO SPECIFICI PER TIPO DI DISPOSITIVO, STABILITI DA DECRETO MINISTERIALE.

15. ESENZIONI

PER LA VALUTAZIONE PROTESICA E' PREVISTO IL PAGAMENTO DI UN TICKET SANITARIO STABILITO ATTUALMENTE IN €7,75 (SETTE/75).

TALE TICKET NON E' DOVUTO PER I SEGUENTI ASSISTITI:

- **UTENTI IN POSSESSO DI ATTESTATO DI ESENZIONE PER INVALIDITA' IL CUI CODICE DEVE ESSERE APPOSTO DAL MEDICO DI BASE SULLA RICETTA MEDICA**
- **UTENTI INAIL PER I QUALI IL MEDICO DI BASE HA APPOSTO LA DICITURA "ESENTE INAIL" SULLA RICETTA MEDICA**
- **UTENTI CON ATTESTAZIONE DI ESENZIONE TOTALE DAL PAGAMENTO TICKET PER PATOLOGIA**
- **UTENTI ESENTI PER REDDITO I QUALI AUTOCERTIFICANO LO STATO DI ESENZIONE COMPILANDO LA MODULISTICA APPOSITAMENTE PREDISPOSTA FORNITA DIRETTAMENTE DALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA.**



16. ESENZIONI PER REDDITO

1) In relazione all'esenzione per reddito si chiarisce che:

- per la determinazione del nucleo familiare si usa il criterio fiscale, per cui, oltre al coniuge non legalmente ed effettivamente separato, sono comprese le persone per le quali spettano le detrazioni per carichi di famiglia;

Per reddito complessivo del nucleo familiare si intende la sommatoria dei redditi di tutti i componenti del nucleo familiare.

Il nucleo familiare deve intendersi composto dai seguenti soggetti:

- **il capofamiglia**;
- **il coniuge** (non legalmente ed effettivamente separato);
- **i figli** (legittimi, naturali, adottivi, affiliati);
- **i parenti ed affini conviventi**, di cui all'art. 433 del Codice Civile.

Tali sono: i genitori, i nonni, i bisnonni, gli adottanti, i generi e le nuore, i suoceri e le suocere, i fratelli e le sorelle (germani o unilaterali).

Mentre il capofamiglia ed il coniuge fanno **sempre** e **comunque** parte del nucleo familiare; i figli e gli altri soggetti ex art. 433 c.c. fanno parte del nucleo familiare **se e solo se sono** "fiscalmente" a carico del capofamiglia.

Sono considerati fiscalmente a carico del capofamiglia i figli e gli altri parenti ed affini conviventi, che sono titolari di redditi inferiori ai limiti indicati dall'art. 12 del T.U. delle Imposte sui redditi (DPR 22 dicembre 1986 n° 917);

- ☐ la composizione del nucleo familiare è quella risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente; i nati dopo il 1 gennaio dell'anno in corso entrano a far parte del nucleo come costituito al 31 dicembre dell'anno precedente;

- per quanto riguarda il calcolo del reddito complessivo si deve considerare al lordo degli oneri deducibili ed al netto dei contributi previdenziali obbligatori, compreso il reddito prodotto all'estero, se ed in quanto deve essere dichiarato in Italia. Non entrano a far parte del reddito complessivo i redditi a tassazione separata (arretrati di pensione, liquidazione, etc.). Si fa riferimento al reddito presunto dell'anno precedente.

"Il reddito da prendere in riferimento è quello indicato:

- al rigo RN1 del modello Unico;
- al rigo 6 del modello 730;
- al punto 1 parte B del modello CUD".

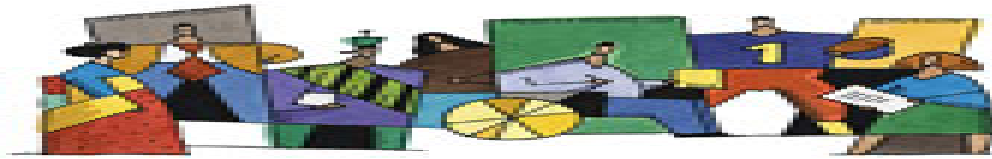
- 2) Per quanto riguarda i disoccupati, si considerano tali i soggetti di età maggiore ai 14 anni e che risultano iscritti alle liste di collocamento.
- 3) La L. 549/95 ha esteso il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria ai familiari a carico dei titolari di pensione sociale, pensione al minimo e dei disoccupati.

17. AUTOCERTIFICAZIONI

L'esenzione per motivi di reddito viene fatta valere attraverso l'autocertificazione.

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato, o da un suo familiare, e risulterà elemento indispensabile per il diritto all'esenzione.

Si fa presente inoltre che in base al comma 16 quater, art. 1 della L 724/94, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono tenuti a disporre verifiche sulla regolarità delle prescrizioni, in regime di esenzione, dei medici convenzionati e dipendenti del S.S.N. e ad attivare controlli attraverso gli organi preposti sulla veridicità delle dichiarazioni di esenzione apposte sul retro della ricetta. In caso di violazioni si applicano le sanzioni previste dal codice penale.



18.MODULISTICA

- **PRESTITO D'USO/SCELTA/RESO DI AUSILI IN USO**
- **RESO DI AUSILI IN USO**
- **PIANO TERAPEUTICO PAZIENTI INCONTINENTI
(PANNOLONI, TRAVERSE)**
- **MEDICINA LEGALE – PROMEMORIA**
- **MEDICINA LEGALE – DOMANDA INVALIDI MAGGIORENNI**
- **MEDICINA LEGALE – DOMANDA INVALIDI MINORENNI**
- **MEDICINA LEGALE – MODULO PRIVACY**
- **AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE TICKET
≥ 18 anni (maggioresnni)**
- **AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE TICKET
< 18 anni (minoresnni)**



sede legale: Via dei Mille, 2 - 28100 -NOVARA- Partita I.V.A.: 01522670031

DISTRETTO DI NOVARA

UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Viale Roma, 7 - 28100 - NOVARA - Tel. 0321/374367 - Fax. 0321/374371

PRESTITO D'USO/SCELTA/RESO

Preliminarmente, viene verificata la presenza a magazzino degli ausili richiesti. Se sono presenti a magazzino si procede alla fornitura. Qualora non siano presenti a magazzino:

1. se l'utente non intende avvalersi del proprio diritto di scelta: l'A.S.L. procede alla fornitura tramite la Ditta aggiudicataria del lotto della gara regionale.
2. Se l'utente intende rivolgersi ad un'Officina Ortopedica di propria fiducia: l'A.S.L. autorizza la fornitura da parte di quest'ultima nei limiti di spesa determinata dall'aggiudicazione della gara regionale e l'eventuale differenza a carico dell'utente.

Preso atto delle modalità operative di cui sopra, nel caso in cui la fornitura richiesta non sia esistente a magazzino,

Il sottoscritto _____ residente in _____ prov. _____

Via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

PER IL FAMILIARE CONOSCENTE

Sig./Sig.ra _____ domiciliato in _____ prov. _____

Via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

DICHIARA DI SCEGLIERE LA MODALITA' DI FORNITURA:

N° 1 fornitura al domicilio (all'interno dell'A.S.L. "NO") indicato, a cura dell'A.S.L.
Ausilio richiesto _____

N° 2 in tale caso, prende atto che la spesa viene autorizzata nei limiti di aggiudicazione della gara regionale e che **l'eventuale differenza di prezzo è a proprio carico.**
Inoltre dichiara che l'Officina Ortopedica fornitrice è
Ausilio richiesto _____

L'ausilio consegnatole è dato in uso con riserva di proprietà da parte dell'A.S.L. NO. Pertanto lo stesso deve essere utilizzato in modo corretto e con la massima cura. L'utente, o i suoi famigliari, è tenuto alla sollecita restituzione degli ausili qualora non siano più necessari od idonei alle proprie esigenze. Gli ausili non più utilizzati dovranno essere restituiti PULITI ED IN PERFETTE CONDIZIONI IGIENICHE. SI RICORDA CHE IL MANCATO RISPETTO DI QUANTO SOPRA COMPORTERA' L'ADDEBITO DEL COSTO

DICHIARA ALTRESI' DI RENDERE I SEGUENTI AUSILI:

PRESSO: LO STESSO INDIRIZZO INDICATO PER LA CONSEGNA
 IL SEGUENTE INDIRIZZO: CITTA' _____ VIA _____ N. _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

L' IMPIEGATO ADDETTO UFFICIO PROTESI

DATA



sede legale: Via dei Mille, 2 - 28100 -NOVARA- Partita I.V.A.: 01522670031

DISTRETTO DI NOVARA

UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Viale Roma, 7 - 28100 - NOVARA - Tel. 0321/374367 - Fax. 0321/374371

RESO

Il sottoscritto _____

residente in _____ prov _____

Via _____ n. ____ tel. _____ cell. _____

DICHIARA DI RENDERE PULITI ED IN PERFETTE CONDIZIONI IGIENICHE

per sé

per il familiare

Sig./Sig.ra _____

residente in _____ prov. _____

Via _____ n. ____ tel _____ cell. _____

I SEGUENTI AUSILI:

- Che questa A.S.L. ha autorizzato a Suo favore.

MOTIVO DELLA RESTITUZIONE: O **DECESSO IL** _____

O **GLI AUSILI NON SONO PIU' NECESSARI**

FIRMA PER RESO

L' IMPIEGATO ADDETTO UFFICIO PROTESI

DATA

PIANO TERAPEUTICO

PER PAZIENTI INCONTINENTI

DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE ED INVIARE ALL'UFFICIO PROTESI DEL DISTRETTO DI APPARTENENZA

COGNOME E NOME:	
CODICE FISCALE O N° TESSERA SANITARIA:	
INDIRIZZO:	
EVENTUALE RESIDENZA IN STRUTTURA PROTETTA:	
DATA DI COMPILAZIONE:	
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO	

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>CODICE ISO</i>	<i>QUANTITATIVI MASSIMI CONCEDIBILI</i>	<i>QUANTITA' PRESCRITTA</i>
PANNOLONE MUTANDINA GRANDE	09.30.04.003	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE MUTANDINA MEDIO	09.30.04.006	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE MUTANDINA PICCOLO	09.30.04.009	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE SAGOMATO GRANDE	09.30.04.012	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE SAGOMATO MEDIO	09.30.04.015	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE SAGOMATO PICCOLO	09.30.04.018	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE RETTANGOLARE	09.30.04.021	150 PZ AL MESE	
TRAVERSA 80 x 180	18.12.15.003	120 PZ AL MESE	
TRAVERSA 60 x 90	18.12.15.006	120 PZ AL MESE	
MUTANDINA ELASTICA RIUTILIZZABILE			
Misura grande per 3 mutandine	09.30.09.003	1 CONF. AL MESE	
Misura media per 3 mutandine	09.30.09.006	1 CONF. AL MESE	
PICCOLA per 3 mutandine	09.30.09.009	1 CONF. AL MESE	
MUTANDINA ASSORBENTE INCONTINENZA LEGGERA (TIPO PANTS DISCREET)			
Misura media	09.30.04.030	60 PZ AL MESE	
Misura grande	09.30.04.032	50 PZ AL MESE	
PANNOLINO MUTANDINA PER INCONTINENZA MEDIO-GRAVE (TIPO PANTS)			
Misura piccola	09.30.04.034	42 PZ AL MESE (*)	
Misura media	09.30.04.036	42 PZ AL MESE (*)	

Misura grande	09.30.04.038	42 PZ AL MESE (*)	
MUTANDINA ASSORBENTE MONOUSO PER INCONTINENZA GRAVE			
Misura media	09.30.04.037	36 PZ AL MESE (*)	
Misura grande	09.30.04.039	36 PZ AL MESE (*)	
PANNOLONE MUTANDINA A CINTURA (TIPO FLEX)			
Misura piccola	09.30.04.043	120 PZ AL MESE	
Misura media	09.30.04.040	90 PZ AL MESE	
Misura grande	09.30.04.042	80 PZ AL MESE	
PANNOLINO SAGOMATO INCONT. LEGGERA			
Piccolo (normal)	09.30.04.044	120 PZ AL MESE	
Medio (extra)	09.30.04.046	120 PZ AL MESE	
Grande (super)	09.30.04.048	120 PZ AL MESE	
PANNOLINI PER INCONT. LEGGERA UOMO			
Level 1 (piccola incontinenza)	09.30.04.050	120 PZ AL MESE	
Level 2 (media incontinenza)	09.30.04.052	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE MUTANDINA SUPERMAX			
Misura media	09.30.04.053	75 PZ AL MESE	
Misura grande	09.30.04.054	75 PZ AL MESE	
PANNOLONE SAGOMATO TRASPIRANTE			
Misura piccola	09.30.04.060	120 PZ AL MESE	
Misura media	09.30.04.062	120 PZ AL MESE	
Misura grande	09.30.04.064	120 PZ AL MESE	
PANNOLONE MUTANDINA TRASPIRANTE			
Misura media	09.30.04.066	90 PZ AL MESE	
Misura grande	09.30.04.068	90 PZ AL MESE	

(*) 120 PZ AL MESE PER SOGGETTI AFFETTI DA TETRAPLEGIA/SPINA BIFIDA

REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale NO
Struttura Complessa Medicina Legale
Direttore: dott. Gianfranco Zulian
V.le Roma, 7 – 28100 NOVARA
Tel. 0321 374412 Fax 0321 374331/2

Orario presentazione domande: LUNEDI' E MERCOLEDI' 14.00-16.00

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA PRESENTAZIONE
DELLE DOMANDE DI:**

- **INVALIDITA' CIVILE (CON O SENZA ACCOMPAGNAMENTO)**
- **LEGGE 104/92**
- **LEGGE 68/99**

1 MODELLO PER DOMANDA DI INVALIDITA' CIVILE / L. 104/92 / L. 68/99 (qui allegato) da consegnare allo sportello compilato e firmato dall'interessato. Se l'interessato fosse impossibilitato a firmare, il modulo deve essere firmato da due testimoni nello spazio riservato in basso – allegare, in tal caso, fotocopia delle carte di identità dei due testimoni oltre a quella dell'interessato.

2 MODULO PRIVACY (qui allegato) da consegnare allo sportello compilato e firmato dall'interessato.

3 CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO DA PARTE DEL MEDICO DI BASE/DI FAMIGLIA in originale + fotocopia con la diagnosi delle infermità invalidanti (patologie varie).

In caso di AGGRAVAMENTO, consegnare certificato medico contenente ampia motivazione delle cause che hanno originato l'aggravamento del quadro clinico precedente + fotocopia del precedente verbale di invalidità.

4 FOTOCOPIA DEL PRECEDENTE VERBALE D'INVALIDITA' (se già invalido).

5 FOTOCOPIA FRONTERETRO DELLA CARTA DI IDENTITA' DELL'INTERESSATO in corso di validità. I cittadini stranieri devono presentare, inoltre, la **carta di soggiorno** o il **permesso di soggiorno** in corso di validità.

6 FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE DELL'INTERESSATO (OBBLIGATORIO)

N.B.: Se si presentano contestualmente le istanze di INVALIDITA' CIVILE e LEGGE 104/92, è necessario presentare due domande compilate e firmate in originale e allegare un certificato medico in originale per ciascuna domanda.

***L'INTERESSATO DEVE ESSERE RESIDENTE
NEL TERRITORIO DI NOSTRA COMPETENZA***

Il sottoscritto / a _____

autorizza ad essere chiamato/a con nome e cognome alla

visita medica per

- conseguimento / rinnovo / revisione patente
- accertamento invalidità civile
- L. 104/92
- L. 68/99

FIRMA

Novara, li _____

MODULO PRIVACY

ISTANTE MAGGIORENNE

All'Azienda Sanitaria Locale NO
Commissione Medica per l'Accertamento delle
Invalidità Civili

PRAT. N°

Data.....

Sede di

...l... sottoscritt..... nat... a prov. di il
Residente in prov. di via/p.za n° c.a.p.
stato civile professione tel. cod. fisc.

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico SI NO
- cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni
- sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni
- persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104
- persona disabile - ai sensi della legge 68/99 (collocamento al lavoro)

(avvertenze: barrare con una "X" la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione. Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente prefettura che gli / le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alla minorazione riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali di cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

DICHIARA

- a) di essere nat..... aprov. di il
- b) di essere cittadin.... italian
- c) di essere residente in
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:

- la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data..... da
- altra documentazione integrativa.

FIRMA (1)

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento)

1° testimone nato a
il Residente in via/piazza
c.a.p. Documento n° rilasciato il da

FIRMA (1)

2° testimone nato a
il Residente in via/piazza
c.a.p. Documento n° rilasciato il da

Data.....

FIRMA (1)

NOTA BENE:

Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere:

- per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art. del D.lvo 23 novembre 1988, n.309, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi li occhi con eventuale correzione.

ISTANTE MINORENNE

All'Azienda Sanitaria Locale NO
Commissione Medica per l'Accertamento delle
Invalidità Civili

PRAT. N°.....

Data.....

Sede di _____

...l... sottoscritt..... nat... aprov. di il
residente in prov. di c.a.p.....via/p.za
n° tel..... nella sua qualità di del (interdetto o minore
di anni 18) nat aprovincia di il Residente in
provincia di CAP via/piazza n°..... Cod. Fiscale.....

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico SI NO
- cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni
- sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni
- persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104
- persona disabile - ai sensi della legge 68/99 (collocamento al lavoro)

(avvertenze: barrare con una "X" la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione. Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente prefettura che gli / le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alla minorazione riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali di cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

DICHIARA

che il summenzionato minorato:

e) è nat..... aprov. di il

f) è cittadin.... italian

g) è residente in

h) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:

- la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data..... da

- altra documentazione integrativa.

FIRMA (1)

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento)

1° testimone nato a

il Residente in via/piazza

c.a.p. Documento n° rilasciato il da

FIRMA (1)

2° testimone nato a

il Residente in via/piazza

c.a.p. Documento n° rilasciato il da

Data.....

FIRMA (1)

NOTA BENE:

Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere:

- per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art. del D.lvo 23 novembre 1988, n.309, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi li occhi con eventuale correzione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI
DEGLI ARTICOLI 46 E 47 D.P.R. 445/2000

Il dichiarante, ammonito ed informato della responsabilità penale connessa al rilascio della presente dichiarazione, tramite consegna di idoneo AVVISO scritto ed invito ad attenta lettura del medesimo

DICHIARA

di essere (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ (pv _____) il _____

di risiedere a _____ (pv _____)

in via _____ n. _____

che il proprio codice fiscale è il seguente _____

che i conviventi con il dichiarante sono:

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

- Di essere un cittadino di età superiore ai 65 anni, di appartenere ad un nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente, non superiore a EURO 36.151,98 lordi (**cod. min. E01**)
- Di essere disoccupato appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a EURO 8.263,31 lordi incrementato fino a EURO 11.362,05 lordi in presenza di coniuge ed incrementato di ulteriori EURO 516,46 per ogni figlio a carico (**cod. min. E02**)
- Di essere familiare a carico in nucleo familiare con capo famiglia disoccupato con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a EURO 8.263,31 lordi incrementato fino a EURO 11.362,05 lordi in presenza di coniuge ed incrementato di ulteriori EURO 516,46 per ogni figlio a carico (**cod. min. E02**)
- Di essere titolare unicamente di assegno (ex pensione) sociale (**cod. min. E03**)
- Di essere familiare a carico in nucleo con capofamiglia titolare unicamente di assegno (ex pensione) sociale (**cod. min. E03**)
- Di essere titolare di pensione al minimo, con età superiore ai 60 anni ed appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a EURO 8.263,31 lordi, incrementato fino a EURO 11.362,05 lordi in presenza di coniuge ed incrementato di ulteriori EURO 516,46 per ogni figlio a carico (**cod. min. E04**)
- Di essere familiare a carico in nucleo con capofamiglia titolare di pensione al minimo, con età superiore ai 60 anni con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a EURO 8.263,31 lordi incrementato fino a EURO 11.362,05 lordi in presenza di coniuge ed incrementato di ulteriori EURO 516,46 per ogni figlio a carico (**cod. min. E04**)

Il dichiarante viene informato (tramite il predetto AVVISO) che i dati personali ricavabili dalla presente dichiarazione verranno trattati in conformità al DLGS 196/2003.

Data,

IL DICHIARANTE
(firma leggibile)

Dipendente ASL NO che riceve la dichiarazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI
DEGLI ARTICOLI 46 E 47 D.P.R. 445/2000

Il dichiarante, ammonito ed informato della responsabilità penale connessa al rilascio della presente dichiarazione, tramite consegna di idoneo AVVISO scritto ed invito ad attenta lettura del medesimo

DICHIARA

di essere (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ (pv _____) il _____

di risiedere a _____ (pv _____)

in via _____ n. _____

che il proprio codice fiscale è il seguente _____

che i conviventi con il dichiarante sono:

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

Cognome, nome, rapporto con il dichiarante (figlio, coniuge, etc.)

- Di essere genitore di _____ di età inferiore ai 6 anni e di appartenere ad un nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente, non superiore a EURO 36.151,98 lordi (**cod. min. E01**)

- Di essere genitore di _____ di età compresa tra i 6 anni e i 18 anni, e di appartenere ad un nucleo familiare con capo famiglia disoccupato con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a EURO 8.263,31 lordi incrementato fino a EURO 11.362,05 lordi in presenza di coniuge ed incrementato di ulteriori EURO 516,46 per ogni figlio a carico (**cod. min. E02**)

Il dichiarante viene informato (tramite il predetto AVVISO) che i dati personali ricavabili dalla presente dichiarazione verranno trattati in conformità al DLGS 196/2003.

Data,

IL DICHIARANTE
(firma leggibile)

Dipendente ASL NO che riceve la dichiarazione

