

Marca da  
bollo  
€. 14,62

Spett.le  
Provincia Autonoma di Bolzano  
Ufficio distretti sanitari  
Via Canonico Michael Gamper, 1  
39100 Bolzano

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ Numero di tessera sanitaria \_\_\_\_\_  
Banca (IBAN) \_\_\_\_\_

chiede

- per sé
- per il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

che gli/le siano concesse le seguenti provvidenze:

Per la fornitura della protesi sceglie la ditta:

Alla presente allega:

1. prescrizione del medico specialista in chirurgia maxillo-facciale o in stomatologia dipendente dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;
2. almeno due preventivi di spesa dettagliati con relativa diagnosi e durata del trattamento;
3. documentazione attestante il traumatismo facciale o l'intervento per patologia neoplastica nel distretto maxillo-facciale (per coloro che hanno subito un trauma o un intervento chirurgico).

Data

Firma

*Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196  
"Codice in materia di protezione dei dati personali"*

***I dati forniti vengono trattati dall'Amministrazione Provinciale anche in forma digitale, per l'applicazione della legge provinciale del 29.07.1992, N. 30 Responsabile del trattamento è il Direttore della ripartizione sanità della Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige. Il richiedente può in ogni momento esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003, in particolare può accedere ai suoi dati chiedendone la correzione, l'integrazione e – ricorrendone gli estremi di legge – la cancellazione o il blocco. Le relative richieste possono essere depositate presso la segretaria dell'Ufficio distretti sanitari, in via Canonico Michael Gamper, 1, Bolzano.***

**Si fa presente che la data della fattura deve essere successiva all'autorizzazione da parte della Giunta provinciale**

**DICHIARAZIONE PER LA DETERMINAZIONE DEL REDDITO**

Il/la sottoscritta dichiara sotto la propria responsabilità ed a conoscenza delle conseguenze penali in base agli articoli 483, 495 e 496 del codice penale in caso di dichiarazioni false ed incomplete che:

il/la richiedente o i suoi genitori (se il richiedente è minorenni o maggiorenne senza attività professionale) ha percepito nell'anno ..... i seguenti redditi ai fini IRPEF o derivanti da attività finanziarie non soggette a dichiarazione dei redditi:

**reddito da lavoro dipendente e assimilato (retribuzione, pensione ecc.)**

- richiedente \_\_\_\_\_ €

- padre\* \_\_\_\_\_ €      madre\* \_\_\_\_\_ €

**Tutti gli altri redditi soggetti a dichiarazione (redditi da lavoro autonomo, da impresa ecc.)**

- richiedente \_\_\_\_\_ €

- padre\* \_\_\_\_\_ €      madre\* \_\_\_\_\_ €

**Redditi non soggetti all'obbligo della dichiarazione derivanti da attività finanziarie**

- richiedente \_\_\_\_\_ €

- padre\* \_\_\_\_\_ €      madre\* \_\_\_\_\_ €

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

\*= solo se il richiedente è minorenni o maggiorenne senza attività professionale