

REGIONE SICILIANA
Azienda Sanitaria Provinciale
ENNA

Codice Fiscale e Partita IVA 01151150867
Viale Armando Diaz n. 7/9 - 94100 ENNA

ATTIVAZIONE SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE

Modulo d'impegno

Nome e Cognome dell'Assistito:		
Nome e Cognome dell'eventuale Delegato:		
Luogo di Nascita dell'Assistito:	()	Data di nascita dell'Assistito:
Residenza dell'Assistito:	()	
Domicilio dell'Assistito:	()	
Codice Fiscale dell'Assistito:	Recapiti telefonici:	
Codice Sanitario dell'Assistito:		
Medico Prescrittore:		
Terapia Prescritta:	Litri/Minuto:	ore/giorno:
Distretto Sanitario di appartenenza:		

Il/La sottoscritto/a _____ C.F.: _____
nella qualità di _____ attesta che in data odierna ha
attivato presso il domicilio sopra indicato il servizio di Ossigenoterapia attraverso il personale incaricato
dalla ditta
Dichiara altresì sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75-76 del
D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti di recarsi entro e non oltre 10
giorni dalla presente presso il Distretto Sanitario di appartenenza per usufruire del servizio domiciliare
di Ossigenoterapia a carico dell' A.S.P. di Enna.

Il/La sottoscritto/a s'impegna inoltre a produrre oltre alla presente la seguente documentazione:

- Attestato di esenzione patologia per "insufficienza respiratoria cronica a lungo termine "
- Modulo di Prescrizione Specialistica (*allegato 1*)
- Eventuale delega (*allegato 3*)
- Modulo comunicazione sospensione del servizio (*Allegato 4 da firmare presso il Distretto Sanitario*)

ogo e data: _____

na dell' Assistito e/o Delegato per recepimento,
ettazione e presa di responsabilità.