

COMODATO D'USO DI DISPOSITIVI PROTESICI del Decreto Ministro Sanità n 332/1999

ASSISTIBILE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____, il _____, residente a _____

In via/ piazza _____, telefono _____, email _____

COMODATARIO

Io, firmatario della presente nota, _____

in qualità di (avente diritto, genitore, tutore legale, delegato) _____

identificato con documento numero _____

RICEVO IN COMODATO D'USO il/i seguente/i dispositivo/i di proprietà dell'Azienda AUSL di Latina:

_____ codice ISO _____

(si allega specifica dell'ausilio con i codici ISO di riferimento)

Il Comodatario ha l'OBBLIGO di attenersi a quanto previsto dall'art. 1803 all'art. 1812 del Codice Civile e non deve modificare lo stato di fatto del dispositivo. Quando cessano il diritto o le necessità cliniche all'uso dei dispositivi l'Avente Diritto o i suoi Genitori, i suoi Eredi, il suo Tutore legale, il suo Delegato, hanno L'OBBLIGO di comunicarlo all'ufficio protesica della ASL entro 10 giorni affinché l'ufficio dia disposizioni alla ditta per il loro ritiro. Il DANNO erariale conseguente al non corretto uso o custodia o modifiche del presidio o ritardo, mancata comunicazione graverà sul responsabile o suoi eredi.

Firma estesa e leggibile del Comodatario _____