INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Unità Territoriale di Latina-Frosinone

RICHIESTA FORNITURA PROTESI E AUSILI

Il sottoscritto _____ nato il _____

residente a _____ in via _____ Tel. _____

CHIEDE

la fornitura di: _____ (indicare la tipologia di protesi/ausilio)

opportunamente informato dagli operatori della Sede Inail dei servizi resi dal Centro Protesi di Budrio e Filiali

DICHIARA

di essere stato informato delle modalità e condizioni di fornitura INAIL;

di volersi rivolgere al seguente **Fornitore** _____;

di prendere atto che, nell'eventualità di **fornitura extra-tariffario o presso Ditta di propria fiducia**, l'INAIL sarà tenuta a valutare la congruità tecnica ed economica del preventivo/migliore offerta, in base ad un'apposita indagine di mercato, secondo le vigenti disposizioni in materia (Regolamento protesico Inail: "**Art. 11** - La tariffa di riferimento sarà quella derivante dalle procedure di acquisizione espletate; l'eventuale maggiorazione di prezzo rispetto alla tariffa stabilita con la procedura di acquisizione è a carico dell'assicurato. **Art. 15** – nei casi di comprovata necessità ed urgenza, ritenuti tali in quanto l'assenza della fornitura immediata del/dei dispositivi può compromettere fortemente l'autonomia e/o la situazione sanitaria, l'assicurato potrà acquisire il dispositivo tecnico a proprie spese, in assenza di preventiva autorizzazione. In questo caso la fattura dovrà essere intestata all'assistito che la presenterà, per il rimborso, all'Inail, con quietanza attestante l'avvenuto pagamento. Il rimborso della spesa sostenuta avverrà nei limiti dell'importo ritenuto congruo");

di NON aver richiesto analoga prestazione al Servizio Sanitario Nazionale;

di essere a conoscenza di doversi presentare presso la Sede INAIL per il collaudo del dispositivo tecnico **entro 20 giorni** dalla fornitura. Nel caso in cui, non si presenti per il collaudo senza giustificato motivo, "non verranno autorizzate per il futuro le riparazioni per mantenere in efficienza il dispositivo tecnico fornito ", ai sensi della Circolare Inail 61/2011 art.17. Si precisa, infine, che sono esclusi dalla procedura di collaudo i dispositivi monouso e i dispositivi, le riparazioni e gli accessori d'importo inferiore a € 200.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili sanitari inerenti lo stato di salute nei limiti delle esigenze di gestione della pratica assicurativa.

Per recarsi Centro Protesi INAIL **Chiede** ☐ **Non chiede** ☐ ☐ autorizzazione uso mezzo proprio
☐ autorizzazione all'accompagnatore

Data, _____ Firma_____

RISERVATO AGLI UFFICI AMMINISTRATIVI

INF/MP. N. _____ **del** _____

Si tratta di

☐ **prima fornitura**
☐ **rinnovo**
☐ **riparazione**

☐ **Nei termini**
☐ **NON è nei termini**
☐ **Note per CML** _____

Eventuali note (data precedente fornitura)

_____

Firma operatore _____

RISERVATO AL CENTRO MEDICO LEGALE

☐ **dispositivo tecnico curativo a carico ASL**
☐ **dispositivo tecnico riabilitativo a carico INAIL**
Compatibilità menomazione/uso mezzo proprio **SI** ☐ **NO** ☐
Compatibilità menomazione/necessità accompagnatore **SI** ☐ **NO** ☐

Firma Medico_____