



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)
Tel. +39 011.9176666
Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)
Tel. +39 0125.4141
www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO

Ausili e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica - art. 104, comma 3-bis del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

in _____ e-mail _____

tel. _____ ASL DI APPARTENENZA _____

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione e disabilità:

Diagnosi funzionale (specifiche menomazioni/disabilità):

Idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive (rilasciata dal medico specialista in medicina dello sport in data / /2026)

Prescrizione

- 06.24.21.266** Piede a restituzione di energia - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- 06.24.21.380** Ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione con controllo idraulico della flessione- estensione - *si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio*
- 06.18.21.195** Mano mioelettrica tri-digitale a controllo proporzionale (senza guanto cosmetico) -

si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio

- 12.22.03-L77A Carrozzina da danza sportiva**
- 30.09.27-L77 Carrozzina da tennis**
- 12.22.03-L77B Carrozzina sportiva per tiro a segno**
- 12.22.03-L77C Carrozzina da scherma**
- 30.09.36-L77A Monosci**
- 30.09.36-L77 Slittino**
- 12.18.09-L77 Handbike**
- 12.18.09-L77A Carrozzina per atletica leggera**

- La visita per il collaudo sarà programmata a seguito dell'acquisizione del dispositivo.
- Nel corso della visita per il collaudo verrà programmata la prima visita di follow up, a 3 mesi.
 - Una volta ottenuta la certificazione di collaudo e l'esito della visita di follow up devono essere forniti alla S.S. Integrativa Protesica – Via Leinì 70 Settimo Torinese – all'indirizzo mail integrativa.settimo@aslto4.piemonte.it

DATA

FIRMA e timbro del medico

—

FORNITURA

Dichiarazione di consegna dell'Azienda abilitata

Dichiaro di avere consegnato il dispositivo ed i suoi eventuali aggiuntivi come da preventivo allegato

DATA
abilitata

FIRMA e timbro dell'azienda

___/___/2026

—

Dichiarazione dell'assistito

Dichiaro di ricevere il dispositivo prescritto (corredato/non corredato di aggiuntivi). Dichiaro di essere al corrente di dover effettuare il collaudo presso lo specialista prescrittore.

La mancata effettuazione del collaudo per inadempienza e senza giustificato motivo competerà l'esclusione e la decadenza dal contributo

DATA
veci

FIRMA dell'assistito o di chi ne fa le

___/___/2026

—

COLLAUDO:

In data / / 2026 ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente
alla sperimentazione del DM 22/08/2022

Pertanto, si programma la prima visita di follow up per il giorno _____

DATA
MEDICO

FIRMA e TIMBRO DEL
