



A.S.L. TO5

*Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino*

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017

Allegato 4

RICHIESTA DI SOPRALLUOGO PER VALUTAZIONE COMPATIBILITA' DEL MONTASCALE

_____ li _____

Alla ditta/Officina Ortopedia

Oggetto: richiesta sopralluogo Assistito _____

Con la presente, si richiede alla S.V. di effettuare un sopralluogo presso l'abitazione dell'Assistito

Sig. _____ residente in _____

Via _____ tel. _____

finalizzato alla verifica della compatibilità del montascale con le caratteristiche strutturali dell'abitazione.

L'evidenza di tale verifica dovrà essere fornita redigendo apposito Verbale da trasmettere all'Ufficio

Protesica di _____ via email al seguente indirizzo di posta

elettronica _____ **entro 5 giorni**

dalla data di sopralluogo.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

Il Direttore del Distretto di