|  |  |
| --- | --- |
|  | A.S.P. TRAPANI-DISTRETTO SANITARIO DI MAZARA DEL VALLO  UNITÀ ORGANIZZATIVA  U.O.S. ASSISTENZA PROTESICA, INTEGRATIVA, RIABILITATIVA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oggetto del procedimento |  | Contributo spesa per modifica strumenti di guida |
| Descrizione sommaria del procedimento |  | Accertamento diritto - Riscontro fattura officina o concessionario e predisposizione proposta di determina |
| Normativa di riferimento |  | Legge 104/92 art. 27 |
| Modalità di avvio |  | Istanza di parte |
| Ufficio competente |  | Assistenza Protesica e Riabilitativa |
| Responsabile del procedimento |  | Referente. U.O.S. Assistenza Protesica, Integrativa e Riabilitativa - Dr. Paolo Marascia |
|  | Tel. 0923/901609 |
|  | E-mail: paolo.marascia@asptrapani.it |
| Responsabile del provvedimento |  | Direttore Distretto Sanitario - Dr. Vittoriano Di Simone |
|  | Tel. 0923/901605 |
|  | E-mail: distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it |
| Documentazione da allegare all’istanza |  | Istanza Autocertificazione Fotocopia verbale L. 104/92, Fotocopia patente guida speciale, Fotocopia libretto di circolazione veicolo, Fotocopia fattura vidimata dall’officina o concessionario, Dichiarazione di ulteriore richiesta ad altri Enti |
| Informazioni |  | Nominativo: Dr. Michele Girone |
|  | Ufficio Assistenza Protesica, Integrativa e Riabilitativa |
|  | Indirizzo Via Castelvetrano n. 28 – 91026 Mazara del Vallo |
|  | Tel. 0923/901609  E-mail: michele.girone@asptrapani.it |
|  | Orari: Dal Lunedi al Venerdi dalle ore 8:30 alle ore 12:00 – Martedì e Giovedi dalle ore 15:00 alla ore 17:00 |
| Termini del procedimento |  | 60 GG |
| Silenzio assenso o dichiarazione sostitutiva del provvedimento |  | // |
| Strumenti di tutela endoprocedimentali o successivi |  | // |
| Modalità pagamento di eventuali contributi |  | // |
| Autorità sostitutiva in caso di inerzia o ritardo nella conclusione del procedimento |  | Direttore Sanitario Distretto n.53 - Dr. Vittoriano Di Simone |
|  | Tel. 0923/901605 |
|  | E-mail [distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it](mailto:distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it) |