



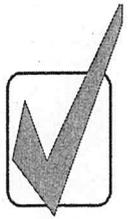
Regione Abruzzo

Azienda Unità Sanitaria Locale 02- Lanciano/Vasto/Chieti

Nucleo Operativo Distrettuale (NOD) di Vasto

Via Michetti, 86 -66054 VASTO (CH)- tel. 0873308730 fax 0873308784

email: distretto.vasto@asl2abruzzo.it



RICHIESTA DI BENEFICI PER CELIACHIA

I sottoscritt _____ nat a _____
II _____ residente a _____ via _____
n. _____ telefono _____ codice fiscale _____
documento di riconoscimento n. _____

CHIEDE

- per se stesso
- in favore di _____
nat a _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ via _____ n. _____

- Prima autorizzazione erogazione prodotti privi di glutine per 12 mesi
- Rinnovo autorizzazione

(solo in caso di primo accesso)

a tal fine allega la seguente documentazione:

- Certificato del centro regionale morbo celiaco (contenente oltre alla diagnosi anche le indicazioni relative al regime dietetico proposto al paziente, Kcal in base all'età e al sesso)
- Copia di, un documento d'identità in corso di validità

DICHIARA

che, valeendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 46 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1, della suddetta normativa, la residenza è quella sopra indicata.

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, acconsente ai sensi dell'art. 23 del predetto decreto al trattamento e alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino all'eventuale revoca da parte dell'interessato.

data _____

firma _____