



ASL 02 LANCIANO - VASTO - CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
Direttore: Dott.ssa Rosa Borgia
SEDE EROGATIVA DI CHIETI
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE - CHIETI
Servizio Assistenza Socio-Sanitaria, Assistenza Integrativa,
Recupero Crediti e Attività Sanitaria
Dirigente Medico Incaricato: Dott.ssa Gabriella Miscia
Via Tiro a Segno 8 - 66100 Chieti
tel. 0871/357876 = fax 0871/357878
e- mail: pua.chieti@asl2abruzzo.it

ISTANZA RICHIESTA BUONI PER LA FRUIZIONE DI PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE
(Decreto Ministero Sanità del 4/05/06)

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

Documento di riconoscimento n° _____

CHIEDE

per se medesimo

in qualità di **Genitore/Tutore Legale**

in favore di _____

nato a _____ Il _____ residente a _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

IL RILASCIO DI BUONI, CON VALENZA ANNUALE, PER LA FORNITURA DI PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE come di eguito indicato:

12 buoni mensili (1 per ogni mese dell'anno)

il buono mensile frazionato in n° _____ (Max n.4 frazioni mensili)

ALLEGA

Certificato del Centro Regionale di riferimento per morbo celiaco (contenente oltre alla diagnosi anche le indicazioni relative al regime dietetico proposto al paziente, Kcal in base all'età)

Data: _____

FIRMA _____

IL SOTTOSCRITTO, PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 (GDPR) ACCONSENTE AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI SUOI DATI PERSONALI AD OPERA DEI SOGGETTI INDICATI NELLA SUDDETTA INFORMATIVA E NEI LIMITI DI CUI ALLA STESSA. RIMANE FERMO CHE TALE CONSENSO E' CONDIZIONATO AL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DELLA VIGENTE NORMATIVA E SARA' CONSIDERATO VALIDO PER OGNI ULTERIORE ACCESSO SINO AD EVENTUALE REVOCA DA PARTE DELL'INTERESSATO.

Data: _____

FIRMA _____