



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 2  
Distretto Sanitario di Lanciano  
Direttore f.f. Dott. Raffaele Di Nardo

Punto Unico di Accesso (PUA)  
Via Don Minzoni - 66034 Lanciano (CH)  
Telefono 0872 706903 - e-mail [pua.lanciano@asl2abruzzo.it](mailto:pua.lanciano@asl2abruzzo.it)

Prot. n° \_\_\_\_\_ (spazio riservato al DSB) **RICHIESTA DI BENEFICI PER CELIACHIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per se medesimo

in favore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

RINNOVO AUTORIZZAZIONE  PRIMA AUTORIZZAZIONE EROGAZIONE  
**PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE PER 12 MESI**

**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, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.l. e consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 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, comma1, 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 ed 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 ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_