



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti
U.O.C. Area Distrettuale 1
Direttore sostituto Dott. Renato Lisio

Punto Unico di Accesso (PUA)

pua.francavilla@asl2abruzzo.it
pua.chieti@asl2abruzzo.it
pua.ortona@asl2abruzzo.it

Prot. n° _____

RICHIESTA DI BENEFICI PER CELIACHIA

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

Documento di riconoscimento n° _____ Rilasciato da _____ il _____

CHIEDE

per se medesimo

in favore di _____

nato a _____ Il _____ residente a _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

L'EROGAZIONE di BUONI per l'acquisto di PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE PER ... MESI (max 12)

A tal fine allega la seguente documentazione:

SOLO PER I PAZIENTI DI NUOVA DIAGNOSI: 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;

Fotocopia documento di identità fronte-retro del diretto interessato.

DICHIARA

che, avvalendosi 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 _____