ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE – VAL DI FORO
Punto Unico di Accesso(PUA)
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023
e-mail: pua.francavilla@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°_____

CHIEDE

☐ per se medesimo

☐ in favore di_____

nato a _____ Il_____ residente a_____

via_____ n. _____ Codice Fiscale_____

☐ **EROGAZIONE PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE PER 12 MESI**

n°_____ buoni/mensili (max 4)

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)

☐ Richiesta su Ricettario Regionale del MMG o Pediatra di libera scelta

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_____