



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1
Distretto Sanitario di Ortona

Punto Unico di Accesso (PUA)

Piazza San Francesco n. 4 - Ortona (CH)
Telefono 085 9173307 - Fax 085 9173301 e-mail 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° _____

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 _____