Regione Abruzzo
Azienda Unità Sanitaria Locale 02- Lanciano/Vasto/Chieti
C.F. e Partita IVA 02307130696
Nucleo Operativo Distrettuale (NOD) di Vasto
Via Michetti, 86 -66054 VASTO (CH)- tel. 0873308730 fax 0873308784

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE

AL DIRETTORE DEL
N.O.D. DI VASTO

Il\la sottoscritto\a _____,

nato\a a _____ il _____ e residente in

_____ alla Via _____ n.°_____ ,

tel. _____ Codice Fiscale _____ ,

documento di riconoscimento tipo _____ n.° _____ ,

C H I E D E

Per sé medesimo

In favore di _____

nato\a a _____ il _____ e residente in

_____ alla Via _____ n.°_____ ,

Codice Fiscale _____ ,

Di essere autorizzato a ritirare presso il Servizio Farmaceutico Territoriale di Vasto i buoni di prelievo dei prodotti privi di glutine occorrenti, come risulta dai referti diagnostici, allegati alla presente, rilasciati da

_____ .

Vasto, _____ Firma _____

IL DIRIGENTE MEDICO DEL N.O.D. DI VASTO

vista la domanda che precede, esaminati i referti diagnostici allegati, autorizza l'istante a ritirare presso il Servizio Farmaceutico Territoriale di Vasto i buoni di prelievo dei prodotti privi di glutine occorrenti, in rapporto ai tetti di spesa mensili definiti per fascia di età e sesso (D.M. Salute del 10/08/2018).

La presente autorizzazione ha validità annuale, fino alla data del _____.
Copia della presente viene trasmessa al Servizio Farmaceutico Territoriale di Vasto ed al medico curante.

Vasto, _____ AUTORIZZAZIONE N.° _____

IL DIRIGENTE MEDICO INCARICATO
C\O IL N.O.D. DI VASTO