Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto - Chieti
Nucleo Operativo Distrettuale GUARDIAGRELE
Via Anello, 15 – 66016 Guardiagrele - Tel. 0871 899309 – 899313 – 899214 Fax 0871 899314

Direttore Dott.ssa Lucilla Gagliardi

RICHIESTA BUONI PRODOTTI SENZA GLUTINE

Il/La sottoscritt___ _____

nat ____ a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) Via _____ , __

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento n. _____

CHIEDE

☐Per se stesso

☐In favore di _____

nat ____ a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) Via _____ , __

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento n. _____

il rilascio dei buoni per il prelievo di prodotti senza glutine

☐ **buono mensile di € _____ cadauno;**

☐ **buono mensile di € _____ frazionato in n. _____ parti.**

A tal fine allega il certificato annuale del Centro di Riferimento Regionale per la Celiachia.

Data _____ Firma leggibile _____