



ASL 02 LANCIANO - VASTO - CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
Direttore: Dott.ssa Rosa Borgia
SEDE EROGATIVA DI CHIETI
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE - CHIETI
Servizio Assistenza Socio-Sanitaria, Assistenza Integrativa,
Recupero Crediti e Attività Sanitaria
Dirigente Medico Incaricato: **Dott.ssa Gabriella Miscia**
Via Tiro a Segno 8 - 66100 Chieti
tel. 0871/357876 = fax 0871/357878
e- mail: pua.chieti@asl2abruzzo.it

ISTANZA RICHIESTA BUONI PER LA FRUIZIONE DI PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE

(Decreto Ministero Sanità del 4/05/06)

Il/la sottoscritto/a nato/a prov. (.....) il
...../...../..... residente in prov. (.....) cap via n°
..... Tel. cod. fiscale:

in qualità

di diretto interessato/tutore/..... di nato/a a prov. (.....)
il/...../..... residente in prov. (.....) cap via
n° Tel. cod. fiscale:

Vista l'autorizzazione n. ____ del ____ rilasciata dal N.O.D. di Chieti in favore dell'assistito _____

RICHIEDE

Numero BUONI MENSILI ____ valevoli da _____ a _____

oppure

Numero BUONI MENSILI FRAZIONATI: ____ del valore di ____ (cifre) _____ (lettere) EURO
l'uno;

Numero BUONI MENSILI FRAZIONATI: ____ del valore di ____ (cifre) _____ (lettere) EURO
l'uno;

Numero BUONI MENSILI FRAZIONATI: ____ del valore di ____ (cifre) _____ (lettere) EURO
l'uno;

valevoli da _____ a _____ per il prelievo presso le farmacie convenzionate
pubbliche e private sedenti su tutto il territorio regionale, presso le farmacie ospedaliere della A.S.L. di appartenenza,
presso gli esercizi commerciali che abbiano stipulato apposita convenzione con le AA.SS.LL. della Regione Abruzzo, per
i prodotti dietetici senza glutine.

DATA _____

FIRMA _____

Allegati: certificazione centro riferimento regionale