

**ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRETTA: EROGAZIONE PRODOTTI DIETETICI
DECRETO MIN. SAN. 01/07/1982 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI**

_ 1 _ SOTTOSCRITT _____ nat _____ il _____
A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. E sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA DI ESSERE RESIDENTE

in Via _____ tel./cell. _____

CHIEDE

per se stessa _____, assistita _____ dal dott. _____

Che Codesta ASL autorizzi il predetto Sanitario a prescrivere in favore del proprio assistito "PRODOTTI DIETETICI PRIVI DI GLUTINE" in regime di "ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRETTA" ai sensi del decreto del Min.San. 01/07/1982 e successive modifiche ed integrazioni.

A tal fine _ 1 _ SOTTOSCRITT _____ allega alla presente:

- un certificato specialistico rilasciato dal reparto _____
in data _____ dal quale risulta una diagnosi, per la quale NECESSITA DI PRODOTTI DIETETICI PRIVI DI GLUTINA.

Lanciano, _____

(Firma Assistito)

FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

_ 1 _ sottoscritt _____ acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. Del O.L.gs. 196/2003, l'interessato:

-presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa;

- Do il consenso
- Nego il consenso

presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali e sensibili, per le finalità ed ai soggetti indicati dell'informativa;

- Do il consenso
- Nego il consenso

presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento nelle operazioni indicate nell'informativa (nel caso in cui sia previsto anche il trattamento di dati sensibili);

- Do il consenso
- Nego il consenso

Lanciano, _____

(Firma Assistito)

PARTE RISERVATA AL SANITARIO DELLA A.S.L. DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO

VISTO: SI AUTORIZZA L'EROGAZIONE DI PRODOTTI DIETETICI PRIVI DI GLUTINE IN REGIME DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRETTA, PER UN PERIODO DI UN ANNO A DECORRERE DAL _____

AI SENSI DEL DECRETO DEL MIN. SAN. 01/07/1982

Lanciano _____

IL DIRIGENTE SANITARIO A.S.L.

**ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRETTA: EROGAZIONE PRODOTTI DIETETICI
DECRETO MIN. SAN. 01/07/1982 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI**

__ I __ SOTTOSCRITT _____ nat _____ il _____
A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. E sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Che il familiare _____ è nat _____ il _____

ESSERE RESIDENTE

in Via _____ tel. Cell. _____

CHIEDE

per il familiare, assistito dal Dott. _____

Che Codesta ASL autorizzi il predetto Sanitario a prescrivere in favore del proprio assistito "PRODOTTI DIETETICI PRIVI DI GLUTINE" in regime di "ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRETTA" ai sensi del decreto del Min.San. 01/07/1982 e successive modifiche ed integrazioni.

A tal fine __ I __ SOTTOSCRITT __ allega alla presente:

- un certificato specialistico rilasciato dal reparto _____
in data _____ dal quale risulta una diagnosi, per la quale NECESSITA DI PRODOTTI DIETETICI PRIVI DI GLUTINA.

Lanciano, _____
(Firma Assistito)

FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

__ I __ sottoscritt _____ acquisite la informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. Del O.L.gs. 196/2003, l'interessato:

- presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa;

- Do il consenso
- Nego il consenso

presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali e sensibili, per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa;

- Do il consenso
- Nego il consenso

presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento nelle operazioni indicate nell'informativa (nel caso in cui sia previsto anche il trattamento di dati sensibili);

- Do il consenso
- Nego il consenso

Lanciano, _____
(Firma Assistito)

PARTE RISERVATA AL SANITARIO DELLA A.S.L. DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO

VISTO: SI AUTORIZZA L'EROGAZIONE DI PRODOTTI DIETETICI PRIVI DI GLUTINE IN REGIME DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRETTA, PER UN PERIODO DI UN ANNO A DECORRERE DAL _____

AI SENSI DEL DECRETO DEL MIN. SAN. 01/07/1982

Lanciano _____

IL DIRIGENTE SANITARIO A.S.L.