

.....
(luogo e data)

**All'Azienda Sanitaria Locale Teramo
c.a. Direttore Distretto Socio Sanitario
di Atri**

Il/la sottoscritt_ nat_ il
a..... Prov., residente in.....,
Prov., CAP, Via,
n..... tel., n. tessera sanitaria.....,
Cod.Fiscale....., Medico di Base Dr.....

per proprio conto

per conto del minore, sul quale esercita la patria potestà,
nato il a Prov., residente in.....
Prov. CAP, Via....., n., tel,
n. tessera sanitaria.....Codice Fiscale, Medico di
Base Dr.....

ai sensi e per gli effetti della vigente normativa statale e regionale in materia di assistenza sanitaria in
forma diretta per i prodotti dietetici ai portatori del morbo celiaco

CHIEDE

Per il periodo dal..... al.....

il riconoscimento del diritto al prelievo dei prodotti dietetici di che trattasi e a tal fine allega la
seguinte documentazione sanitaria:

.....

la continuazione del diritto al prelievo dei prodotti dietetici di che trattasi e a tal fine allega la
seguinte documentazione sanitaria:

.....

MAIL PER EVENTUALI COMUNICAZIONI: _____

In attesa di favorevole accoglimento della presente istanza porge cordiali saluti.

(firma leggibile)

Autorizzo, ai sensi della vigente normativa in vigore, il trattamento dei dati come sopra indicati limitatamente alle esigenze derivanti
dalla gestione delle procedure concernenti la fruizione dei benefici in favore dei portatori del morbo celiaco.

(firma leggibile)

**N.B. Al fine di evitare possibili disguidi in ordine alle procedure di rinnovo, è stabilito che il
termine di presentazione delle richieste di erogazione dell'assistenza integrativa è fissato entro
il 15° giorno del mese di rinnovo; oltre detto termine, l'autorizzazione sarà rilasciata con
decorrenza dal mese successivo.**