

.....  
(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.**