

**Erogazione alimenti senza glutine a pazienti affetti da Morbo Celiaco.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

con Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**chiede**

- per se stesso
- per il/la proprio/a figlio/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente presso il medesimo mio domicilio e con codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**in quanto affetto da malattia celiaca - come da documentazione allegata agli atti – l'autorizzazione ed il rilascio di :**

- dodici (12) impegnative mensili per il ritiro di prodotti privi di glutine per celiaci;
- ventiquattro (24) impegnative quindicinali per il ritiro di alimenti per celiaci:
  - perché non riesce e reperire tutti gli alimenti nella stessa farmacia, parafarmacia o esercizio commerciale autorizzato dalla AUSL ROMA6 o da altre ASL ubicate nel Lazio;
  - per motivi familiari;
  - altri motivi (specificare): \_\_\_\_\_

*Sono a conoscenza che i buoni potranno essere utilizzati esclusivamente, nel mese di competenza, sia presso le farmacie convenzionate che presso le parafarmacie e gli esercizi, autorizzati dalla AUSL di ROMA6 o da altre Aziende Sanitarie ubicate nel Lazio e che ogni buono (mensile o quindicinale) dovrà essere speso interamente presso un unico esercizio.*

Frascati, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Il ricevente:

\_\_\_\_\_

(firma leggibile e per esteso)