

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ cell. _____

Residente in _____ Provincia _____

Via _____ n° _____

Codice fiscale _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (Art. 76 D.P.R. n. 445/2000);

CHIEDE

per il mese di _____ il rilascio di moduli

NON FRAZIONATI

FRAZIONATI

per l'acquisizione degli alimenti dietetici senza glutine presso le strutture convenzionate pubbliche e private. Assistenza integrativa prodotti dietetici per pazienti affetti da Malattia Celiaca. (D.M. 08/06/2001; D.G.R.A. Abruzzo n°277/05; D.G.R. 117/08-105763/2011)

per sé (allegare copia documento di riconoscimento dell'utente);

per il familiare-conoscente (allegare copia documento di riconoscimento dell'utente);

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ cell. _____

Residente in _____ Provincia _____

Via _____ n° _____

Codice fiscale _____

EVENTUALE DOMICILIO DELL'UTENTE

Domiciliato/a in _____ Provincia _____

Via _____ n° _____

Medico Medicina Generale _____

Allega certificazione/documentazione: rilasciata da _____

il _____

L'Aquila, _____

Firma dell'interessato o di chi ne fa le veci

Documento di riconoscimento n° _____ rilasciato il _____

da _____