

Alla C. A. del Servizio
Disabilità e Supporto Protesico
della ASL di PESCARA
Via Renato Paolini 45/47
65124 – Pescara

OGGETTO: richiesta di rinnovo autorizzazione annuale per la fruizione dei buoni per Celiachia.

_____ sottoscritt _____

In qualità di esercente la Potestà genitoriale del minore – la tutela – la curatela – l'amministrazione di sostegno sul beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

_____ nat_ a _____ il _____, Codice Fiscale _____

CHIEDE

Il rinnovo dell'Autorizzazione annuale in qualità di assistito, affetto da Morbo Celiaco conclamato da certificazioni redatte dai Centri di Riferimento Autorizzati.

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 DPR 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato, (documento esente da imposta di bollo ai sensi del DPR 445/2000)

DICHIARA

di essere nat_ a _____ provincia (_____) il _____

di essere residente in _____ provincia (_____)

alla via _____ n° _____

con domicilio sanitario nella ASL di _____

codice fiscale _____ rec. tel. _____

e-mail _____

dichiara inoltre di comunicare tempestivamente a questa UOS DISABILTA' e SUPPORTO PROTESICO qualunque variazione intervenuta successivamente.

_____, il _____
(luogo, data)

IL DICHIARANTE

Riservato all'Ufficio

Firma Operatore _____

Data _____