

S.S. PROTESICA e INTEGRATIVA

ATTIVAZIONE BUONO DEMATERIALIZZATO ALIMENTI PER CELIACHIA

DGR n. 41-7098 del 22.06.2018 e DD n. 430 del 27.06.2018

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente in TORINO

via _____ n. _____ c.a.p. _____

Tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

- per se stesso
oppure
- in qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno/ _____ del minore/signor/a
(allegare Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 DPR 445/2000)

- _____
Nome Cognome, data e luogo di nascita, residenza

ai fini dell'attivazione del BUONO DEMATERIALIZZATO PER ALIMENTI PER CELIACHIA

DICHIARA

- di aver ricevuto copia dell'informativa sub-allegato A/6 DD n. 430 del 27.6.2018 comprendente Termini di Servizio, Disposizioni per il cittadino titolare della TS_CNS abilitata al servizio Celiachia, e Informativa sul trattamento dei dati personali, di averne letto e compreso i contenuti e di accettarne integralmente termini e condizioni.
- di essere in possesso del codice di esenzione per patologia (059).
- **oppure**
di NON essere in possesso del codice di esenzione per patologia (059) e pertanto produce la documentazione specialistica da cui risulta la patologia specifica/richiesta di rilascio esenzione.
- che il PIN potrà essere trasmesso all'indirizzo e-mail/cellulare sopra indicato.

Consegna n. _____ buoni cartacei validi per il periodo _____

_____ data

_____ firma

_____ certificato apposta in mia presenza la firma del dichiarante

_____ firma dell'operatore

Allegato alla presente domanda il sub-allegato A/6 DD n. 430 del 27.6.2018
da sottoscrivere, con il presente modulo, alla presenza dell'operatore addetto previa esibizione di un documento di riconoscimento.