



*Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto - Chieti*  
*Presidio Territoriale di Assistenza Guardiagrele*  
*Via Anello, 15 – 66016 Guardiagrele - Tel. 0871 899209 Fax 0871 899229*

*Direttore Dott. <sup>ssa</sup> Lucilla Gagliardi*

**RICHIESTA BUONI PRODOTTI SENZA GLUTINE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per se stesso

In favore di \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

**il rilascio dei buoni per il prelievo di prodotti senza glutine**

buono mensile di € \_\_\_\_\_ cadauno;

buono mensile di € \_\_\_\_\_ frazionato in n. \_\_\_\_\_ parti.

A tal fine allega il certificato del Centro di Riferimento Regionale per la Celiachia (in caso di prima richiesta).

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_