



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Al Direttore UOC Assistenza Primaria
ASP di Potenza

OGGETTO: Richiesta CARD PREPAGATA- Paziente Minore/inabile affetto da Malattia Celiaca

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____

in via/piazza _____ tel./cell. _____

email _____

genitore/ tutore del/della minore _____ nato/a il _____

_____ a _____ e residente a _____

in via/piazza _____

affetto/a da Malattia Celiaca, codice di esenzione 059, con la presente

CHIEDE

il rilascio della CARD prepagata per Pazienti affetti da Malattia Celiaca, ai sensi della DGR n. 821 del 12.07.2016.

ALLEGA

- Copia del Documento di riconoscimento del minore in corso di validità;
- Copia della tessera sanitaria del minore;
- Copia del Documento di riconoscimento del genitore/tutore in corso di validità;
- Copia della tessera sanitaria genitore/tutore;
- Certificato di diagnosi rilasciato dallo Specialista che opera presso una Struttura Sanitaria Pubblica o Privata accreditata;
- Copia del tesserino di esenzione.

Luogo e data

In fede (firma)
