



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

MODELLO DI TRASMISSIONE CON CADENZA SEMESTRALE DEGLI SCONTRINI DI ACQUISTO DI PRODOTTI PER CELIACI

Al Direttore della U.O.C. Assistenza Primaria

Ufficio di _____ (indicare il Comune di competenza)

Via _____

Cap. _____ Città _____

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ alla Via
_____, possessore della CARD CELIACI , trasmette in allegato alla
presente gli scontrini di acquisto di prodotti per celiaci relativi al semestre
_____, distinti per singolo mese e come di seguito riepilogati:

Mensilità	Numero scontrini allegati	Importo speso
Totale		

A tal fine, consapevole delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che

L'importo di € _____ riferito al 1°/2° semestre dell'anno _____ è stato speso dallo scrivente esclusivamente per l'acquisto di prodotti alimentari con la dicitura "senza glutine, specificatamente formulati per celiaci" o "senza glutine, specificatamente formulati per persone intolleranti al glutine."

In fede.

Data _____

Firma leggibile
