



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
www.asl.novara.it

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
P.IVA 01522670031

S.S.D Ass. 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 _____
residente a _____ 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).
- che il PIN potrà essere trasmesso all'indirizzo e-mail/cellulare sopra indicato.

data

firma

certifico 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.