



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Al Direttore UOC Assistenza Primaria
ASP di Potenza

CELIACHIA
MODELLO DI TRASMISSIONE SEMESTRALE SCONTRINI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente a _____
in via/piazza _____ titolare della CARD CELIACHIA
n. _____, trasmette in allegato alla presente gli scontrini di acquisto di prodotti
per celiaci relativi al semestre _____, distinti per singolo mese e come di seguito riportati:

Mese	Num. Scontrini/fatture consegnati (allegati)	Importo speso nel mese
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 20 ____ è stato speso dallo scrivente esclusivamente per l'acquisto di prodotti senza glutine specificatamente formulati per soggetti celiaci e/o intolleranti al glutine.

Luogo e data

In fede (firma)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza