

AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME

MODELLO INFORMATIVO

A CURA DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

FIBROSI CISTICA

ASSISTENZA SAN. INTEGRATIVA

PRODOTTI DESTINATI

AD ALIMENTAZIONE PARTICOLARE - D.M. SANITÀ 8.6.2001

PER OTTENERE LA FORNITURA DEI PRODOTTI ALIMENTARI:

L'UTENTE DEVE :

PRESENTARE all'Ufficio autorizzazioni (esenzione ticket ecc.) del Distretto del Lametino LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

Solo alla prima richiesta per l'autorizzazione generale :

**- certificazione sanitaria rilasciata dal centro di riferimento regionale ,
divisione *di Pediatria di Soverato o altri centri di riferimento di altre
regioni* contenente l'accertamento della patologia di cui è affetto e
l'indicazione del regime dietetico tipologia e quantità.**

Periodicamente per la fornitura :

**- soltanto la prescrizione mensile (ricetta) , del medico di medicina
generale o Pediatra di libera scelta , dei prodotti dietetici necessari.**

**l'Unità Distrettuale Assistenza Primaria autorizza immediatamente la
fornitura dei prodotti vidimando la prescrizione.**

CONSEGNARE in farmacia le ricetta medica per ritirare i prodotti.

UTILIZZARE I MODELLI ALLEGATI ALLA DOMANDA

ASP CZ AMBITO LAMETINO
Distretto del Lametino
Unità Distrettuale Assistenza Primaria
Piazza Borelli 88046 LAMEZIA TERME

Oggetto: **Richiesta assistenza integrativa prodotti dietetici**, D.M. Sanità
8.6.2001

Nati da madre sieropositiva per HIV

Malattie metaboliche congenite

Fibrosi cistica

Morbo celiaco e/o Dermatite erpetiforme

 l_ sottoscritt_ cognome _____ **nome**

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione a fruire dei prodotti dietetici , ai sensi del D.M. dell'8.6.2001. A tal fine allega la certificazione sanitaria di accertamento della patologia di cui è affetto e l'indicazione del regime dietetico emesso da struttura pubblica autorizzata.

AUTOCERTIFICA

ai sensi della legge 15/5/'97 n°127, consapevole delle sanzioni penali previste per i casi di dichiarazioni false o mendaci, di essere nato a _____

il _____ di essere residente a _____

via _____ e di avere il seguente codice fiscale _____

allega fotocopia del documento di riconoscimento

SI

NO

Lamezia Terme li _____

Firma

Spazio a cura del personale dell'ufficio ricevente

Quando non è allegata la fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente: Si attesta che il richiedente ha esibito documento di riconoscimento:

N° _____

Lamezia Terme li _____

Il funzionario incaricato