



**AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME**

## **MODELLO INFORMATIVO**

A CURA DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

# **MORBO CELIACO E DERMATITE ERPETIFORME ASSISTENZA SAN. INTEGRATIVA PRODOTTI DESTINATI AD ALIMENTAZIONE PARTICOLARE - D.M. SANITÀ 8.6.2001**

**Per ottenere l'Assistenza integrativa GLI UTENTI AVENTI DIRITTO DEVONO:**

**1) PRESENTARE all'Unità Distrettuale Assistenza Primaria del Distretto del Lametino LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

**a) Domanda su modello aziendale predisposto**

**b) Certificazione sanitaria rilasciata da una delle seguenti strutture:**

- *Clinica pediatrica università di CZ*
- *U.O. di pediatria Azienda ospedaliera "Annunziata" di CS*
- *U.O. di pediatria Azienda ospedaliera "Bianchi Melacrino Morelli" di R.C.*
- *Centri di riferimento di altre Regioni*

**La certificazione deve indicare la patologia accertata, l'indicazione del regime dietetico, la tipologia e la quantità.**

**2) Ritirare presso l'Ufficio Concessione prodotti dietetici e rilascio ticket dell'Unità Distrettuale Assistenza Primaria, l'autorizzazione annuale a fruire dei prodotti destinati alla particolare alimentazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale con allegati dodici ricette mensili di valore pari al tetto di spesa, definito dall'apposita tabella in Euro, in base all'età e al sesso dell'assistito.**

**3) Consegnare in farmacia le ricette mensili autorizzate, per avere gratuitamente gli alimenti.**

**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**

\_I\_ 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