

Distretto \_\_\_\_\_

Prot. n° \_\_\_\_\_

Al Dirigente del Distretto

Oggetto: richiesta prodotti dietetici

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

---

Affetto da

- I.R.C.

- Morbo Celiaco

- Errore metabolico congenito

- Fibrosi cistica del pancreas

Accertato presso ( indicare la struttura Ospedaliera o  
Universitaria ) \_\_\_\_\_

CHIEDE

Per conto di \_\_\_\_\_ l'autorizzazione all'assistenza integrativa relativa  
ai prodotti dietetici così come previsto dal D.M. 1.7.82 e successive modifiche ( circ. 73 dell'  
11.12.92.).

Si dichiara altresì che il Medico curante è il dr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_