



Azienda Sanitaria Locale di Matera
 "Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio"
 U.O.C. Distretto Sanitario di Matera
 Via Montescaglioso 2 - Matera

UOC Direzione Distretto Sanitario di Matera
 "Ufficio Rimborsi e Contributi"
 info.celiachia@asmbasilicata.it

Sede Centrale - 1° piano
 Via Montescaglioso 2
 Matera

MODELLO DI TRASMISSIONE CON CADENZA SEMESTRALE DEGLI SCONTRINI DI ACQUISTO DI PRODOTTI PER CELIACI

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____ e residente in _____ alla via _____, possessore della card prepagata "GLUTEN FREE", trasmette in allegato alla presente gli scontrini o ricevute fiscali attinenti ai prodotti attestati e finalizzati per celiaci relativi al semestre (1°/2°) _____ dell' anno _____, distinti per singolo mese e come di seguito riepilogati:

MENSILITA'	N° SCONTRINI ALLEGATI	IMPORTO SPESO

Totale € _____

Al 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 _____ è stato speso dallo scrivente esclusivamente per l'acquisto di prodotti alimentari con la dicitura "**senza glutine**" o "**privo di glutine**" o "**gluten free**", specificamente formulati per celiaci (cod.esenzione 059).

In fede.

Luogo e data _____

Firma leggibile

N.B.: si allegano scontrini - copia card prepagata - documento di riconoscimento.