



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.**