

Al Direttore Generale ASL RIETI
Via del Terminillo,42
O2100 RIETI

Oggetto: Autorizzazione all'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti senza glutine iscritti nel registro nazionale.

Ll/la sottoscritto/a _____ ,
nato/a a _____ il _____ ,
e residente nel Comune di _____ ,
in via _____ n° _____ ,
C.F. _____ ,
Partita IVA _____ ,
in qualità di _____
dell'esercizio commerciale _____
con sede nel Comune di _____
Via _____ n° _____
n. iscrizione CCIAA di Rieti _____

CHIEDE

l'autorizzazione ad erogare i prodotti senza glutine per celiaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della delibera della Giunta Regionale n. 1612009 come modificata con delibera della Giunta Regionale n. 267 del 24/09/2009.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- Certificato attribuzione Partita IVA
- Documento di identità
- Planimetria