

**MOD. C - FORNITURA ESCLUSIVA PRESSO FARMACIE A.S.L. SA 1
A.S.L. SA 1 - NOCERA INFERIORE (SA)**

Distretto Sanitario n. _____ - _____

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Vista la certificazione del Centro di Riferimento, si autorizza la fornitura mensile dei prodotti senza glutine, nel quantitativo previsto dall'art. 3 con riferimento alla Tabella All. 1 (35% del fabbisogno calorico giornaliero) e relativo tetto di mensile, a favore di:

nato il _____ a _____

residente in _____ Via _____

C. F. _____, affetto da M. Celiaco

	Fabbisogno calorico				Tetto di spesa in Euro al mese	
	Totale		35%		M	F
	M	F	M	F		
da 0 mesi a 1 anno	900	900	315	315	44,41	44,41
da 1 anno a 3,5 anni	1300	1300	455	455	61,97	61,97
da da 3,5 anni a 10 anni	2000	2000	700	700	93,99	93,99
da da 10 anni ad età adulta	3000	2200	1050	770	139,44	98,12

Data Autorizzazione _____ Il Medico Dirigente _____

Timbro della Farmacia

Data di Spedizione

SPAZIO PER FUSTELLE O ALTRA PROVA DI CONSEGNA

Tariffazione
TOTALE

GENNAIO
FEBBRAIO
MARZO
APRILE
MAGGIO
GIUGNO
LUGLIO
AGOSTO
SETTEMBRE
OTTOBRE
NOVEMBRE
DICEMBRE