Modulo da inviare, debitamente compilato e firmato via fax al n. 049-821.5105 o mail: serv.farmaceutico@aulss6.veneto.it

Al Direttore U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
Via Berchet n. 10, 35131 – Padova

Oggetto: richiesta fornitura presidi per l'autocontrollo della glicemia per periodi superiori a quanto previsto dalla DGRV 2696/2014.

Lì, .../...../.....

Il sottoscritto (Nome e Cognome) ……

cod. fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, richiede la fornitura dei presidi inseriti nella piattaforma "WebCare" per un periodo superiore a quanto stabilito dalle attuali disposizioni regionali in materia di assistenza integrativa a favore di soggetti diabetici per il seguente motivo (*barrare la voce interessata*):

☐ Periodo di ferie
☐ Altro (specificare) ……

L'erogazione dovrà avvenire per il seguente periodo:

dal ……./……./……. al ……./……./…….

<u>Da compilare solo nel caso in cui il richiedente sia minorenne/soggetto interdetto</u>

Il sottoscritto …… in qualità di genitore/tutore legale che esercita la patria potestà del minore/soggetto interdetto (Nome e Cognome) ……..cod. fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

richiede la fornitura dei presidi inseriti nella piattaforma "WebCare" per un periodo superiore a quanto stabilito dalle attuali disposizioni regionali in materia di assistenza integrativa a favore di soggetti diabetici per il seguente motivo (*barrare la voce interessata*):

☐ Periodo di ferie
☐ Altro (specificare) ……

L'erogazione dovrà avvenire per il seguente periodo:

dal ……./……./……. al ……./……./…….

Firma leggibile .....

Recapito telefonico per eventuali contatti: .....