

**RICHIESTA DI ABILITAZIONE ACCESSO SISTEMA ASSISTENZA INTEGRATIVA  
PER L'EROGAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,  
DEGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE DI CUI AL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ALIMENTI**

Al Dipartimento Assistenza  
Farmaceutica e Patologia Clinica USL  
Umbria n. 2

PEC:[aslumbria2@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria2@postacert.umbria.it)

**Dati del Richiedente**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

P.Iva \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Data attivazione \_\_\_\_\_

Codice Identificativo assegnato all'esercizio commerciale \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_