

Ufficio delle prestazioni
Cassa cantonale di compensazione AVS
Via Canonico Ghiringhelli 15a
Casella postale 2121
6501 Bellinzona
telefono 091 821 92 27
Fax 091 821 92 99
e-mail servizio.pc@ias.ti.ch
web www.iasticino.ch

Istituto delle assicurazioni sociali
6501 Bellinzona

Accertamento spese supplementari per prodotti dietetici d'importanza vitale - per beneficiari di PC



Gentile signora, egregio signore,

conformemente all'art. 28 cpv. 2 LPGA (legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 RS. 830.1) colui che rivendica prestazioni assicurative deve fornire **gratuitamente** tutte le informazioni necessarie per accertare i suoi diritti e per stabilire le prestazioni assicurative. Per poter valutare l'eventuale diritto al rimborso di spese supplementari causate da un regime dietetico d'importanza vitale, la invitiamo pertanto a volerci ritornare il presente formulario debitamente compilato e firmato.

Con la sottoscrizione dello stesso, il medico può ritenersi svincolato dal segreto professionale. Conformemente all'art. 28 cpv 3 LPGA il medico è tenuto a fornire le informazioni richieste per accertare il diritto di specie. Il diritto al rimborso sarà comunicato attraverso una decisione. Fintanto che non sarà emessa una decisione, non vi è alcuna garanzia di rimborso.

Da compilare dall'assicurato:

Nome	Cognome
Data di nascita	No. AVS 756.
Via e numero	NPA e località
Luogo e data	Firma dell'assicurato/a

Accertamento spese supplementari per prodotti dietetici d'importanza vitale - per beneficiari di PC

Da compilare dal medico curante:

Il medico sottoscritto attesta che per l'assicurata/o sopra indicato è indispensabile una dieta.

Motivo/diagnosi

1) La dieta a cui deve attenersi è **d'importanza vitale**?

Sì

No

2) Se sì, la dieta comporta l'acquisto di prodotti dietetici/alimenti speciali (per es.: prodotti omogeneizzati, prodotti ipercalorici, farine speciali per persone affette da celiachia, ecc.) che provocano una spesa **supplementare ai normali costi per l'alimentazione**?

Sì

No

se sì, quali?

3) La dieta dovrà essere seguita vita natural durante?

Sì

No

Se no, presumibilmente per quanto tempo?

4) Quali conseguenze sono da attendersi in caso d'inosservanza della dieta?

In caso di intolleranze: p.f. allegare il test genetico

Luogo e data

Timbro e firma del medico curante