



OGGETTO: Richiesta contributi per “Spese di viaggio per terapie e visite ai cittadini affetti da malattie oncologiche, da SLA, da distrofia muscolare e da sclerosi multipla presso centri specializzati.” Piano di Zona 2019/2020.

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI

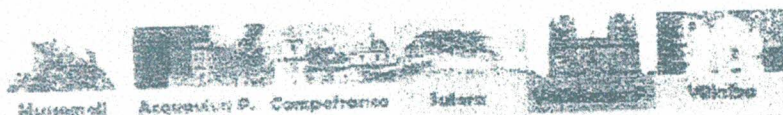
IL SOTTOSCRITTO _____
NATO A _____ IL _____
e/o FAMILIARE _____ NATO A _____
IL _____,
RESIDENTE NEL COMUNE DI _____ IN VIA _____
TEL. N. _____

CHIEDE

DI USUFRUIRE DEL CONTRIBUTO FORFETTARIO per “spese di viaggio per il terapie e visite ai cittadini affetti da malattie oncologiche, da SLA, da distrofia muscolare e da sclerosi multipla presso centri specializzati.”.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Certificazione sanitaria rilasciata da centri di terapia oncologica, dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Certificazione ISEE in corso di validità;
- Valido documento di riconoscimento dell'istante.



10

DISTRETTO
SOCIO SANITARIO



DICHIARA DI NON ESSERE A REGIME DI RICOVERO PRESSO NESSUNA STRUTTURA
SANITARIA/SOCIO-SANITARIA.

_____ li _____
