



D 10
DISTRETTO SOCIO SANITARIO



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 SIGNORE SINDACO
DEL COMUNE DI

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

e/o FAMILIARE _____ NATO A _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____ IL _____,

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.

- Distretto Socio Sanitario D 10 -

- Via Madonna di Fatima n. - 93014 Mussomeli (CL) -

- Phone: (+39) 0934 961233 - Fax: (+39) 0934 961233 - E mail: info@dss10.it - Web Site: www.dss10.it -



D 10

DISTRETTO
SOCIO SANITARIO



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

, li _____

- Distretto Socio Sanitario D 10 -

- Via Madonna di Fatima n. - 93014 Mussomeli (CL) -

- Phone: (+39) 0934 961233 - Fax: (+39) 0934 961233 - E mail: info@dss10.it - Web Site: www.dss10.it -