



**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 2<sup>a</sup> annualità

**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” mediante accreditamento sul seguente conto corrente :

**IBAN** \_\_\_\_\_

**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.

- 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](mailto:info@dss10.it) - Web Site: [www.dss10.it](http://www.dss10.it) -