



DISTRETTO
SOCIO SANITARIO
10

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^ annualità

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

e/o FAMILIARE _____ NATO A _____

VIA _____ IL _____, RESIDENTE NEL COMUNE DI _____ IN _____
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 - Web Site: www.dss10.it -