

**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 2021

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. () il _____ residente a
_____ CAP _____ via _____

n. tel. _____ Codice Fiscale _____

e/o FAMILIARE

nome/cognome _____ nato/a a _____ Prov. () il
_____ residente a _____ CAP _____ via
_____ n. tel. _____ Codice Fiscale _____

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. "

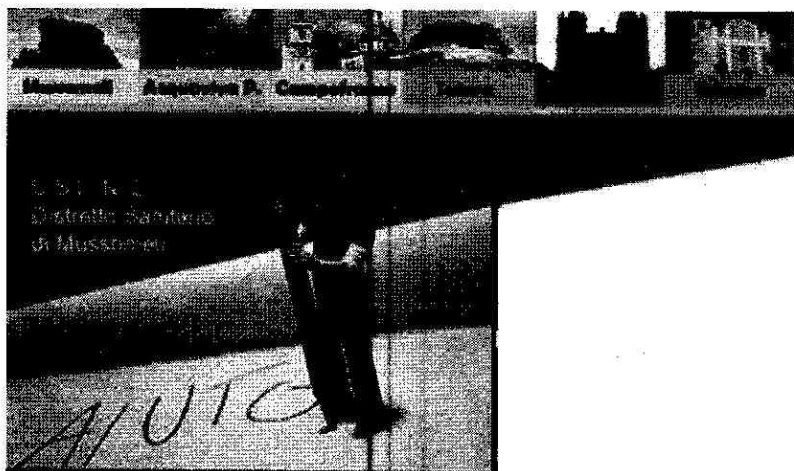
ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Certificazione sanitaria rilasciata da centri di terapia oncologica, dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;

- 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 -



**DISTRETTO
SOCIO SANITARIO**

- 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 _____

