

COMUNE DI SANTADI
AREA AMMINISTRATIVA E ALLA PERSONA
SETTORE SERVIZI SOCIALI
SEDE

OGGETTO: L.R. 27/83 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI. CONSEGNA CERTIFICAZIONE SANITARIA. L.R. n. 9/2004 NEOPLASIE MALIGNI

Il/La sottoscritt_____

Nat__ a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____,

C.F. _____ tel _____

in qualità di beneficiario

in qualità di

amministratore di sostegno/tutore;

familiare di riferimento;

esercente la potestà genitoriale;

del/la Sig./ra _____,

nat__ a _____ il _____

residente in SANTADI Via _____, n. _____

tel./cell. _____ C.F. _____, beneficiario/a

delle provvidenze di cui alla normativa richiamata in oggetto, consegna, in allegato, la certificazione sanitaria, rilasciata dal Presidio Ospedaliero _____ di _____, attestante i trattamenti effettuati nel periodo _____

Santadi li _____

Firma
