

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

OGGETTO: L.R. 11/85 E SS.MM.II. PROVVIDENZE A FAVORE DEI NEFROPATICI. CONSEGNA DOCUMENTAZIONE PER ASSEGNO MENSILE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO O DI TRASPORTO E DI SOGGIORNO.

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
