

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO di

COGNOME NOME
Il Sig./a(di seguito indicato RICHIEDENTE)
nato/a a (Prov.) il
codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in
Via.....
Città CAP..... Provincia tel.
Sesso F M

MEDICO CURANTE

Nome e Cognome
Recapito

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME NOME
il Sig./ a
codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente in Via.....
Città Cap..... Provincia tel.....
in qualità di:
 rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc.)
 persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela

per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE AI SENSI DELLA DGR N°74 DEL 30 GENNAIO 2009

- di beneficiare **del rimborso delle spese sostenute per l'acquisizione di prodotti apteici**, secondo le seguenti modalità: *(barrare una sola casella):*
 - totalmente gratuita (valore ISEE fino a 20.000,00 euro)
 - parzialmente gratuita, rimborsata al 70% (valore ISEE superiore a 20.000,00 e pari o inferiore a 40.000,00 euro)

