

ALL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI SANT'ARPINO

Oggetto: Richiesta di accesso al progetto “**Voucher farmaceutico**”.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in S.Arpio (CE) alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_, TEL. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

(barrare la voce che interessa)

**PER SE'**

**IN QUALITÀ DI FAMILIARE DI RIFERIMENTO e quindi nell'interesse di:**

Sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in Sant'Arpio (CE) alla via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

di essere ammesso/a al progetto “**Voucher farmaceutico**”.

Allega la seguente documentazione:

Certificato del medico curante da cui risulta di essere bisognosi di farmaci, medicinali o presidi farmacologici o parafarmacologici il cui costo non sia coperto dal servizio sanitario nazionale

Attestazione ISEE in corso di validità

Copia documento di riconoscimento e Codice Fiscale

Permesso e /o Carta di soggiorno (se cittadino extracomunitario)

Si autorizza al trattamento dei dati personali e alle altre informazioni ai sensi del d.l.n.196/2003.

Sant'Arpio, \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**