

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.Arpingo (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' Arpingo (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' Arpingo, _____

IL RICHIEDENTE