ALL’UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI SANT’ARPINO

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

Il/La sottoscritto …………………………………nato a ………………..il……………………….

residente in…………………………………….…………via……………………………………….

C.F………………………………………………………………….tel…………………………

CHIEDE

□ **PER SE’**

□ **IN QUALITA’ DI FAMILIARE DI RIFERIMENTO**

(barrare la voce che interessa)

Per il/la …………………………………………………………………. Nato/a……………………..

Il………………………….e residente a…………………………. in Via……………………………

C.F…………………………………………………………tel…………………...………………

Il proprio nucleo familiare, compreso il richiedente, è composto da n. ……………. persone

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

*Si allega la seguente documentazione:*

□ Certificato del medico curante da cui risulta di essere bisognosi di farmaci, medicamenti 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

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

Sant’Arpino, ……………………

**IL RICHIEDENTE**