

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.....alla via.....  
C.F..... tel .....

**CHIEDE**

**PER SE STESSO**

**IN QUALITÀ DI FAMILIARE DI RIFERIMENTO**

(barrare la voce che interessa)

nell'interesse di ..... nato/a.....  
il.....e residente a..... in Via.....  
C.F.....Tel.....

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

Dichiara a tal fine che il proprio nucleo familiare, compreso il richiedente, è composto da n.....  
persone

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

Rilascia, infine, autorizzazione al trattamento dei dati personali e alle altre informazioni ai sensi del d.l.n.196/2003.

Sant'Arpino, .....

**IL RICHIEDENTE**