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, 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

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

Sant’Arpino, ……………………

**IL RICHIEDENTE**