ALL’UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI SANT’ARPINO

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

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in S.Arpino alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fis. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

□ **PER SÉ**

□ **IN QUALITÀ DI FAMILIARE DI RIFERIMENTO**

(barrare la voce che interessa)

Per il/la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in S.Arpino alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fis. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**