

AL SIGNOR SINDACO
COMUNE DI
PISTICCI – (MT)

OGGETTO : **Richiesta contributo in favore di talassemici LL.RR. 22/82 e n. 26/1989.**

Il/La sottoscritto/a _____ C.F.:

_____ nato a _____ il _____ residente

a _____ alla via _____ n. ____

Telefono _____.

Affetto/a da _____

In terapia trasfusionale/controllo presso l'Ospedale di _____

CHIEDE

Di poter beneficiare per l'anno 2018 di tutte le provvidenze economiche previste dalle LL.RR. 22/82 e 26/89.

Fa presente di sottoporsi a trasfusioni periodiche presso l'ospedale di _____ come si evince dal certificato medico in allegato.

Dichiara, infine, di scegliere la seguente modalità di pagamento:

accredito sul c/c bancario (intestato al Beneficiario)

.....
.....
.....

Pisticci, li _____

FIRMA

Allega:

- 1) Dichiarazione sostitutiva di Certificazione della situazione di famiglia;
- 2) Certificato medico dalla quale si rileva la patologia e che necessita di interventi terapeutici e di controllo in forma continuativa;
- 3) Isee in corso di validità;
- 4) Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 5) eventuale atto di delega (ai sensi del D.P.R. 445/200, art. 21) per il ritiro delle spettanze