

**Spett.le COMUNE DI
PUTIFIGARI**
Al Sindaco
Al Responsabile dei Servizi Sociali
P.zza Boyl n°6/8
07040 Putifigari

OGGETTO: Domanda per richiesta provvidenze a favore dei Nefropatici. LL.RR. n.11/1985 e n. 43/1993. Annualità 2024.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/a
a _____, Prov. di _____ il ____/____/____, residente a _____ Prov.
di ____ in via/piazza _____, n. ____ Cod. Fiscale _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93

in suo favore.

in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a
_____, Prov. di _____ il ____/____/____, residente a _____ in
via/piazza _____, n. ____ Cod. Fiscale _____
relazione di parentela: _____ Tel. n. _____,

Putifigari lì

.....
Firma del richiedente

Allega:

- Dichiarazione sostitutiva.
- ISEE 2024
- Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno nefropatici ai sensi delle Leggi Regionali n.11/85 e n. 43/93.
- Fotocopia del documento d'identità.
- Certificazione rilasciato dal Presidio Ospedaliero **che attesti che il soggetto è accompagnato/a**, per essere sottoposto a trattamenti sanitari (dialisi) .