

**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) .