

a me intestato

oppure

Intestato al seguente componente nucleo familiare

Nome e Cognome _____ nato/a a

il _____ residente in _____, Via

Codice Fiscale. _____

Allega la seguente documentazione:

- Copia documento di identità del richiedente, in corso di validità;
- Isee socio-sanitario in corso di validità (ANNO 2024)
- Certificazione attestante la patologia e rilasciata da un medico specialista (non da medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista, non successiva al 30 APRILE 2024.

Luogo e data _____

FIRMA

AUTORIZZA

Il trattamento dei propri dati personali ai sensi del **Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679.**

Luogo e data _____

FIRMA
