



COMUNE DI SETTIMO SAN PIETRO

Provincia di Cagliari

C.a.p. 09040

C.F.80004000925

Al Sig. Sindaco del Comune di

SETTIMO SAN PIETRO

DOMANDA SUSSIDI L.R. N° 11/1985

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____, n° _____

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto al sussidio previsto dalla L.R. n°11/1985 per la condizione sottoindicata*:

- Assegno mensile di assistenza;
- Rimborso spese di viaggio e di trasporto;
- Rimborso spese di soggiorno;
- Rimborso spese viaggio o trasporto e di soggiorno per intervento di trapianto;
- Contributo per intervento di trapianto;
- Contributo per dialisi domiciliare;

Settimo San Pietro, li _____

Firma

Allega alla presente:

- Certificazione medica rilasciata da struttura pubblica;
- Copia documento identità in corso di validità;
- Copia Codice Fiscale;
- Autocertificazione reddito nucleo familiare.

* barrare la condizione che ricorre