



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 2025)
- 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 2025.

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

\_\_\_\_\_