



COMUNE DI SASSARI

Settore Politiche Sociali e Pari Opportunità

ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA CONTRIBUTO ECONOMICO DEL COMUNE

Sig./ra _____
Nato a _____ il _____
Residente in Sassari via _____

PERSONE AMMESSE AL BENEFICIO

Cognome e nome	Data	luogo di nascita
1) _____	il _____	a _____
2) _____	il _____	a _____
3) _____	il _____	a _____

Allega alla presente la **segunte documentazione:**

CONTRIBUTO ECONOMICO CONCESSO AL NUCLEO FAMILIARE PER L'ANNO 2_____

Tipo di prestazione sanitaria per cui si dispone l'intervento	Durata e costo presunto della terapia	Prescrizione medica del	Importo stanziato per l'intervento	Data di autorizzazione	Firma dell'Assistente Sociale
Acquisto farmaci			€		
Prestazioni specialistiche			€		
Pagamento tiket			€		

Sassari _____

Firma del Richiedente

Firma del Responsabile Amministrativo
