



Invalidi di guerra o per servizio: richiesta di contributo per cure climatiche o soggiorno terapeutico

(L. 833/1978, art. 57)

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella

- invalido di guerra
 invalido di servizio

CHIEDO

► di essere ammesso al contributo per l'anno in corso per

barrare le caselle d'interesse

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> cure climatiche | <input type="checkbox"/> al mare | <input type="checkbox"/> con accompagnatore |
| <input type="checkbox"/> soggiorno terapeutico | <input type="checkbox"/> in montagna | <input type="checkbox"/> senza accompagnatore |
| | <input type="checkbox"/> in collina | |
| | <input type="checkbox"/> al lago | |

ALLEGO

- la prescrizione del medico curante
- la documentazione che attesta la condizione di invalidità di guerra o per servizio (il mod. 69 del Ministero del Tesoro oppure il mod. 69 ter del Ministero del Tesoro oppure il verbale della commissione medica competente con successivo verbale di verifica)

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (per esteso e leggibile) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Per ricevere il contributo, deve rispettare le indicazioni che sono contenute nella prescrizione del medico curante.

Quando presentare la richiesta

Deve presentare la richiesta entro il 30 aprile dell'anno in corso.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi:

data _____

firma e timbro (Il Medico responsabile) _____