A.S.L. CN2
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

S.C. MEDICINA LEGALE
Direttore: Francesco ROMANAZZI
Via Galimberti, 7/B – 12051 Alba
Tel. 0173.316257/260 - Fax 0173.361867
Via Goito, 1 – 12042 Bra
Tel. 0172.420413/414 - Fax 0172.420412

Oggetto: DOMANDA CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI PARRUCCHE

- *La Sottoscritta:* _____
- *Nata a:* _____ *il* _____
- *Residente a:* _____ *Via* _____
- *Domicilio a:* _____ *Via* _____
- *Cod. Fiscale :* __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ *Telefono**1)***_____***2)*** _____

CHIEDE

Che il contributo venga erogato a mezzo accredito bancario, al seguente codice IBAN:
|__|__|-|__|__|-|__|-|__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ALLEGA

- *Ricevuta di acquisto n°*_____ *del.* _____
- *Certificato medico SPECIALISTICO comprovante la necessità di una parrucca a seguito di alopecia da chemioterapia.*
- *Dichiarazione I.S.E.E prodotta nell'anno in corso di importo non superiore a € 38.000,00 per il nucleo familiare di appartenenza.*

DICHIARA

- ✓ *Di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato nell'importo MASSIMO di €250,00*
- ✓ *Di non aver beneficiato del contributo negli anni precedenti*
- ✓ *Che la documentazione allegata in copia alla presente domanda è conforme all'originale in possesso al dichiarante (qualora non allegata in Originale)*

Data e Firma

_____

VISTO, si autorizza data:	*Il Dirigente Medico:*
_____	_____