

U.O.S. ASSISTENZA TERRITORIALE – Distretto n° 57

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTI PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGABILI AGLI
AVENTI DIRITTO AI SENSI DELL'ART. 57 DELLA L. 833/78.**

Dati anagrafici del richiedente

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a **il**/...../.....

Residente a **Via** **n°**

Domiciliato/a a **via**

(se diverso dalla residenza) **C. F. :**

Avente diritto in quanto: **invalido di guerra** **cat.**

invalido per servizio **cat.**

ex deportato **cat.**

CHIEDE IL CONTRIBUTO PER

CURE CLIMATICHE

- in ambiente montano**
- in ambiente marino**
- in ambiente collinare**
- in ambiente lacustre**

SOGGIORNO TERAPEUTICO

All'uopo allega i seguenti documenti:

Prescrizione del proprio MMG, contenente:

- **Dati anagrafici del richiedente**
- **La patologia per cui si richiedono le cure**
- **L'attestazione della dipendenza della infermità da cause di guerra ecc., e della necessità della procedura terapeutica proposta**
- **Proposta di progetti curativi e riabilitativi da effettuare in ambiente e clima idonei (marino, lacustre, collinare, montano, purché aventi caratteristiche climatiche diverse da quelle della propria dimora abituale del beneficiario**
- **Certificato di residenza**
- **Dichiarazione di non aver fruito analoga prestazione da parte di altri Enti**
- **Decreto di invalidità o altra documentazione che attesti lo stato di avente diritto alla erogazione delle cure climatiche, e dei soggiorni terapeutici in connessione a loro menomazioni e disabilità invalidanti.**

Data/...../.....

Firma del richiedente