

**DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE – U.O.A.R. Distretto n°.....**

**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:**

<input type="checkbox"/> invalido di guerra	cat. ....
<input type="checkbox"/> invalido per servizio	cat. ....
<input type="checkbox"/> 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**