

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:     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