

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