



All' Azienda Sanitaria Locale di
POTENZA

IL/La sottoscritta _____
nat _____ il _____ a _____
e residente a _____ in _____
_____ invalido di _____ categoria _____
C.F. _____

CHIEDE

che la concessione dell'assegno alimentare per il corrente anno.

Allega i seguenti documenti:

- Certificato del consorzio antitubercolare attestante la necessità della concessione dell'assegno per gli affetti da malattie tubercolari (per assistiti che ne fanno richiesta per la prima volta, oppure ogni 5 anni per quelli che già hanno beneficiato negli anni precedenti);
- Certificato del neurologo della Struttura Pubblica per gli affetti da malattie nervose, che attesti la necessità dell'assegno alimentare (per assistiti che ne fanno richiesta per la prima volta, oppure ogni 5 anni per quelli che già hanno beneficiato negli anni precedenti);

Il sottoscritto dichiara formalmente, sotto la sua personale responsabilità ed ai sensi di legge, di non prestare alcuna opera retribuita alle dipendenze di alcuno in quanto pensionato e di non aver chiesto né ottenuto contributi per assistenza alimentare da altri Enti o Privati.

Chiede inoltre che il rimborso delle competenze relative al predetto assegno venga effettuato a mezzo assegno circolare intrasferibile.

Distinti saluti

Potenza _____

Il Richiedente
