



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

All'Azienda Sanitaria Locale di
POTENZA

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

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire di un ciclo di cure termali/climatiche per il corrente anno.

Allega i seguenti documenti:

- Copia del mod. 69 o altra documentazione che attesti l'infermità;
- Certificazione rilasciata dal medico di famiglia attestante la necessità di effettuare le cure e il tipo previsto.

Il sottoscritto dichiara formalmente, sotto la sua personale responsabilità ed ai sensi di legge, di non aver chiesto né ottenuto contributi per cure termali/climatiche da altri Enti o Privati.

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

Distinti saluti

Potenza _____

Il Richiedente
