

4

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
REGIONE AUTONOMA FRIULI – VENEZIA GIULIA
Azienda Assistenza Sanitaria n. 2 “Bassa Friulana - Isontina”

Al Distretto Alto Isontino
via Vittorio Veneto, 173
34170 GORIZIA

Oggetto: **L.R. 27 novembre 2001, n. 25, art. 2, 3, 4 e 5:**

- a) richiesta di contributo per cure climatiche, termali e soggiorni terapeutici;
b) autocertificazione titolarità di pensione privilegiata ordinaria.

Il sottoscritto/a
nato/a il
residente a in via n.
tel., in qualità di invalido/a
..... categoria

chiede

che gli/le venga concesso il contributo di cui all'oggetto per l'anno
per prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria per mutilati ed invalidi di guerra per causa di guerra e per
servizio, con accompagnatore sig./sig.ra, poiché intende recarsi a
.....per effettuare:

- un ciclo di cure climatiche
 un ciclo di cure termali
 un soggiorno terapeutico

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 46,47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

dichiara

1. di essere titolare di pensione privilegiata ordinaria (mutilati ed invalidi per servizio, mutilati ed invalidi di guerra e per cause di guerra, ex deportati nei campi di sterminio nazista);
2. di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, i dati raccolti saranno trattati, anche per quanto riguarda gli strumenti informatici, P esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega:

- prescrizione del Medico di Medicina Generale con indicazione dell'eventuale necessità dell'accompagnatore.

Data _____

Firma del richiedente _____

A cura dell'Ufficio amministrativo del DAI – sede di Gorizia:

domanda ricevuta in data _____

Firma dell'incaricato _____