

Azienda U.S.L. ROMA B
Al Direttore del ___ Distretto
Via _____
CAP _____ ROMA

OGGETTO: Richiesta del contributo a sostegno di pazienti comatosi.

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in Roma, Via _____ N. _____
CAP _____, Tel _____ chiede l'erogazione del contributo per l'anno _____ per
sostenere l'impegno assistenziale della famiglia in occasione del ritorno nel proprio domicilio del paziente,
assistito in unità ad elevata intensità assistenziale, Sig _____ nato
a _____ il _____ relazione di parentela _____,
residente a Roma in Via _____ N. _____ CAP _____

Allega, alla presente domanda, la certificazione di seguito indicata:

Il sottoscritto _____ per la riscossione dell'importo di cui sopra

- Chiede l'invio dell'assegno non trasferibile al proprio domicilio
- Quietanza in tesoreria
- Delega il Sig. _____ nato a _____
Il _____ residente in Via _____ N° _____
CAP _____ Città _____
- Chiede l'accredito su C/C intestato a _____
Codice IBAN : _____

ROMA _____

(firma)