

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

Il/La sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a Roma in Via _____ N. _____
CAP _____ Codice Fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

che vengano riconosciuti e liquidati in suo favore, i benefici economici previsti e regolamentati dalla legge 4 marzo 1987 n. 88 (Provvedimenti a favore dei soggetti affetti da Tbc) per il periodo dal _____
al _____.

Allega alla presente:

- _____;
- _____;
- _____;
- Fotocopia del documento di riconoscimento;

Il sottoscritto chiede che il rimborso spettante venga:

- Quietanza in tesoreria;
- Inviato al proprio domicilio con assegno non trasferibile;
- Accreditato su C/C intestato a _____
Codice IBAN _____.

ROMA _____

Firma
