

OGGETTO: Richiesta assegno mensile per nefropatici

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a Quartu Sant'.Elena in via _____ n° ____
tel. _____ Codice Fiscale _____
attualmente in trattamento emodialitico presso il Centro Dialisi di

CHIEDE

di poter beneficiare dell'assegno mensile secondo quanto previsto dalle LL.RR. n°11 del 08-05-1985 e n°43 del 14-09-1993.

Allega la seguente documentazione:

1. Status di Nefropatico;
2. Certificato di residenza;
3. Certificato di nascita;
4. Stato di famiglia;
5. Documenti relativi al reddito complessivo netto per l'anno 20____ dell'intero nucleo familiare del richiedente;
6. Documenti indicanti l'insussistenza del diritto e rimborsi da altri Enti previdenziali o assicurativi o di altri Enti.

(I documenti richiesti ai punti 2 - 3 - 4 - 5 - 6 possono essere sostituiti da autocertificazione)

Data _____

Firma

