

AZIENDA U.S.L. DI FERRARA

DISTRETTO _____

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

RICHIESTA EROGAZIONE:

**“Assegno di cura e di sostegno”
(DGR N. 2068/2004 REGIONE EMILIA ROMAGNA)**

DATI DEL RICHIEDENTE SE E' IL PAZIENTE

N.B. Se il richiedente non è il paziente specificare il grado di parentela

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ residente a _____

Via _____ n° _____ prov. _____ tel. _____

in qualità di _____ del/la sig./ra _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ via _____

CHIEDE

Ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n° 2068/2004, che sia erogato l'assegno di cura e sostegno in base alla documentazione allegata alla presente:

- 1) Documentazione clinica attestante la patologia e certificazioni specialistiche recenti;
- 2) Relazione su eventuali programmi assistenziali in atto;
- 3) Attestazione ISEE < euro 34.000,00/anno per nucleo familiare

Luogo e data _____

firma _____