



COMUNE DI LAMPEDUSA E LINOSA

Libero Consorzio Comunale di Agrigento
Ufficio di Servizio Sociale



All'Ufficio di Servizio Sociale
del Comune di Lampedusa e Linosa

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a Lampedusa e Linosa in via _____ n. _____

In qualità di * _____ di** _____

Nato/a _____ il _____

Residente a Lampedusa e Linosa in via _____ n. _____

Affetto/a da _____

*grado di parentela **Nome e Cognome

CHIEDE

Alla S.V.I. un contributo straordinario dovendosi recare presso strutture ospedaliere fuori dal Comune di Lampedusa e Linosa per prestazioni sanitarie non erogate nel Comune.

Si allega:

- ☐ Carta di Identità e codice fiscale;
- ☐ Certificato Isee in corso di validità;
- ☐ Certificazione Medica rilasciata dalla struttura ospedaliera;
- ☐ Biglietti dell'aereo e/o della nave;
- ☐ Fatture della struttura alberghiera e/o contratto dell'abitazione in affitto;
- ☐ Fatture e/o biglietti dei mezzi di trasporto pubblici.

Lampedusa li,

Il Richiedente
