

Ai Distretti Trieste 1-2

c/o sede di Via Stock 2  
34135 TRIESTE

Oggetto: L.R. 27 novembre 2001 n. 25, art. 3 e 4.  
Richiesta di contributo per cure climatiche/termali/ soggiorni terapeutici.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Cod.fiscale \_\_\_\_\_ nella sua qualità di invalido/a  
categoria \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che gli/le venga concesso il contributo previsto per l'anno \_\_\_\_\_ per prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria in quanto titolare di pensione privilegiata (mutilati e invalidi di guerra e per cause di guerra, mutilati e invalidi per servizio, ex deportati nei campi di sterminio nazista K.Z.)

- ☐ senza accompagnatore;  
☐ con accompagnatore sig./ra \_\_\_\_\_  
(barrare la voce di interesse)

in quanto intende recarsi a \_\_\_\_\_ per effettuare:

- ☐ Un ciclo di cure climatiche
- ☐ Un ciclo di cure termali
- ☐ Un soggiorno terapeutico

A tal fine allega:

La prescrizione del Medico di Medicina Generale comprendente l'eventuale necessità dell'accompagnatore.

Nel caso le/gli venga concesso il contributo, chiede che il relativo importo le/gli venga accreditato con una delle seguenti modalità:

- ☐ accredito c/c bancario o postale: codice IBAN \_\_\_\_\_  
☐ altra modalità (specificare) \_\_\_\_\_

Si impegna a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nel frattempo.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_