

Modulo richiesta/rinnovo assistenza temporanea

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente a _____

in Via/P.zza _____ n. _____

CHIEDE

ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, di essere provvisoriamente iscritto presso codesta

A.S.L., ove si è temporaneamente trasferito in Via/P.zza _____

per una durata di _____ mesi, per

motivi di salute (allegare certificato medico)

per ragioni di lavoro

per ragioni di studio

La domanda viene inoltrata anche per i seguenti familiari:

COGNOME e NOME	LUOGO e DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Data _____

Il Dichiarante _____

L'incaricato addetto _____