

AL SINDACO DEL COMUNE DI MARTA
Piazza Umberto I n.1
01010 MARTA

Oggetto: richiesta concorso finanziario per spese attività riabilitative, delibera G.R.
n.380/2010, anno 2017.-

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ e residente in _____
Via _____ n.____, nella sua qualità
di _____ del/la sig./ra
_____, nato/a a
_____ il _____, in trattamento presso il Centro
di Riabilitazione _____ in regime
residenziale con livello assistenziale di Mantenimento _____, come risulta da
certificato allegato;

Avendo il/la ricoverato/a un reddito ISEE inferiore a 20.000,00 euro annui;

Con la presente CHIEDE a codesto Comune di provvedere ad integrare
l'importo della tariffa prevista per i trattamenti suddetti ai sensi della delibera
regionale in oggetto indicata.

A tale fine dichiara che la persona ricoverata percepisce una indennità di
accompagnamento pari ad euro _____ mensili.

In attesa di positivo riscontro, si porgono cordiali saluti.-

Marta, lì

Allega alla presente:
attestazione ISEE
certificato di trattamento
