

AL DISTRETTO SANITARIO H\_\_

**OGGETTO: RICHIESTA ESENZIONE TICKET PER PATOLOGIA CRONICA E/O INVALIDITA'**

Il sottoscritto.....nato a.....il.....

Residente a.....via.....n°.....

Tel.....C.F.....

CHIEDE:

ESENZIONE PER INVALIDITA'

ESENZIONE PER PATOLOGIA

Per se stesso

Per.....

Nato a .....il.....

Residente a ..... via.....n°.....

Tel.....C.F.....

Estremi documento del dichiarante.....

Allegati:.....

.....

.....

Data.....

Firma del richiedente.....