

## 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 \_\_\_\_\_