

Al Servizio PUA ASP CZ
Piazza Casalinuovo
88060 Soverato (CZ)

__L__ Sottoscritt__ nat__/_ a__ il__

Residente a__ Via__ n°__

IN QUALITA'__

del minore__ nat__/_ a__ il__

Residente a__ Via__ n°__

Tel. N°__

STATO CIVILE: (1) celibe/nubile; (2) coniugato; (3) separato; (4) divorziato; (5) vedovo/a (6) non dichiarato;

TITOLO DI STUDIO: (1) nessuno; (2) lic. elementare; (3) lic. Media inf; (4) diploma media sup; (5) diploma univ;
(6) laurea; (7) non dichiarato

CHIEDE

L'autorizzazione per trattamento riabilitativo

Presso__

Allega la seguente documentazione:

- 1) Certificato del medico specialista di una struttura pubblica;
- 2) Certificato di nascita e/o residenza o situazione di famiglia – alternativamente autocertificazione;
- 3) Fotocopia documento riconoscimento non scaduto;
- 4) Altra eventuale certificazione _____

Data__

FIRMA

__L__ Sottoscritt__ /__ acconsente al trattamento dei dati personali e inerenti il proprio stato di salute nei limiti e con le modalità previste dalla L. 196/2003.

Data__

FIRMA
