

Alla ASL Roma 1
Distretto

RICHIESTA AMMISSIONE CURE CLIMATICHE e SOGGIORNI TERAPEUTICI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

mutilato/invalido di guerra (Legge n. 313/68 art. 2 e n. 834/81)

mutilato/invalido per cause di guerra - prima categoria

mutilato/invalido per servizio (Legge n. 9/80 - prima categoria)

portatore di patologia tubercolare (prima, seconda e terza categoria)

CHIEDE

di essere ammesso alle cure climatiche/soggiorno terapeutico per l'anno solare _____

A tal fine allega alla presente la seguente documentazione:

- **Richiesta del medico di medicina generale** (su ricettario regionale) indicante diagnosi, tipologia di cure climatiche ed eventuale necessità di un accompagnatore
- **Fotocopia del modello 69**
- **Fotocopia di un documento** di riconoscimento valido
- **Fotocopia del codice fiscale.**

Roma _____

Firma _____