

RICHIESTA DI RILASCIO DI ATTESTATO DI ESENZIONE TICKET
AI SENSI DEL D.M. 28-5-1999 N. 329 E DEL D.M. 18-5-2001 N. 279

..... I sottoscritt

nat a il

residente a Via

Codice Fiscale

tel.

CHIEDE

il rilascio dell'**attestato di esenzione** dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

.....
.....

Si allega idonea documentazione sanitaria.

FIRMA

Data

RISERVATO ALL'UFFICIO

Cod. identificativo

ANNOTAZIONI:

.....
.....
.....

IL MEDICO RESPONSABILE

Data