

RICHIESTA DI CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PREVISTO DAL D.A. 2145  
DELL'8/11/2016 "PROGETTO TRINACRIA" - OB. 4

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_ essendo in possesso dei requisiti previsti dall'Ob. 4 del Progetto Trinacria  
di cui al D.A. 2145/16

CHIEDE

che venga concesso il contributo ai sensi del D.A.2145/16 pubblicato sulla GURSn. 50 del 18  
novembre 2016.

Al riguardo il/la sottoscritt\_ dichiara, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 e s.m.i., di:

1. essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
2. doversi sottoporre a terapia presso l'Azienda Ospedaliera/Sanitaria di \_\_\_\_\_  
(Azienda Ospedaliera o ASP Regionale)

Si attesta, infine, sotto la propria responsabilità ed ai sensi del DPR n. 445/00, che tutte le  
dichiarazioni rese corrispondono al vero.

Si allega attestazione dell'ASP/Azienda Sanitaria di avvenuta terapia.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(firma leggibile)

