



Prot.n. _____

data _____

Spett. Società della Salute Mugello
Via P. Togliatti, 29-50032
BORGIO S. LORENZO (FI)

Oggetto – **Richiesta erogazione Buono Servizio – Azione 2** - POR FSC 2014-2020 "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" (Decreto regionale n. 14104 del 26/6/23) – ID 309124 - CUP I69I23000360001

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il
_____, residente in _____ Via/P.za _____, n.c
_____, C.F. _____, indirizzo mail _____,

chiede l'erogazione del Buono Servizio indicato in oggetto, dichiarando di essere a conoscenza che l'erogazione del Buono si interromperà in caso di inserimento permanente in RSA.

Allega:

- diagnosi effettuata dai servizi specialistici competenti, di Alzheimer/demenza
- domanda di iscrizione FSC
- documento di identità in corso di validità

Per eventuali comunicazioni contattare

Sig/Sig.ra _____

telefono cell. _____ mail _____

Borgio San Lorenzo, _____

Il Richiedente/Tutore/Amm.re Sostegno
