

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI CEFALU'

I sottoscritt _____ nat a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____ tel _____

- UTENTE RESIDENTE ULTRASESSANTACINQUENNÉ IMPOSSIBILITATO AD USCIRE DAL PROPRIO DOMICILIO E PRIVO DI RIFERIMENTI FAMILIARI;
- UTENTE PORTATORE DI HANDICAP IMPOSSIBILITATO AD USCIRE DAL PROPRIO DOMICILIO E PRIVO DI RIFERIMENTI FAMILIARI;

CHIEDE

Di POTERE USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI PRESA IN CARICO DELLE RICETTE PRESSO LO STUDIO MEDICO DEL DOTT. _____
E ALLA CONSEGNA A DOMICILIO DEI FARMACI PRESCRITTI.

Si allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento

Firma
