



A SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA VERSILIA

sds@usl12.toscana.it

IL/LA	SOTTOSCRITTA	_____	, NATA/O	A
_____	, IL	_____	, RESIDENTE	IN
_____	, VIA	_____		
C.F.	_____	RECAPITO	TELEFONICO	_____

CHIEDE CHE LE VENGA RILASCIATA LA CERTIFICAZIONE AVENTE AD
OGGETTO IL QUANTUM PERCEPITO DA CODESTO ENTE NEGLI ANNI

2015 2016,

A TITOLO DI CONTRIBUTO DENOMINATO
SOSTEGNO ECONOMICO INTEGRATO (SEI)
VITA INDIPENDENTE (V.I.)
FONDO DISABILI (F.D.)
GRAVISSIME DISABILITA'

QUANTO SOPRA AL FINE DELLA COMPILAZIONE DELLA D.S.U.
INDISPENSABILE PER IL CALCOLO ISEE.

DATA _____

FIRMA

ALLEGO COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

Sede Legale: Via Aurelia, 335 55041 Lido di Camaiore (LU)
Tel. 0584/605 9515-9582-9649
sds.versilia@pec.it sds@usl12.toscana.it
C.F. 91039770465 P. IVA 02222920460