



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](mailto:sds.versilia@pec.it) [sds@usl12.toscana.it](mailto:sds@usl12.toscana.it)  
C.F. 91039770465 P. IVA 02222920460