





RICHIESTA VISITA MEDICA GRATUITA PRESSO AMBULATORIO SAN GIUSEPPE MOSCATI DI TRANI

IL SIG.
NATO A
IL
C.F
DOMICILIO
MEDICO CURANTE
CARITAS DI APPARTENENZA
consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità (art. 76, d.P.R. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso dell'esenzione per reddito, (Legge 537/1993 e successive modificazioni - art. 8, comma 16) ed essere in condizione di povertà assoluta, avendo già provveduto alle prenotazioni via CUP ed essendo le liste di prenotazione o chiuse o attive ma con notevoli ritardi che possono compromettere aggravando la attuale condizione clinica
CHIEDE
DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA GRATUITA PRESSO AMBULATORIO SAN GIUSEPPE MOSCATI DI TRANI
MOTIVO DELLA RICHIESTA (<u>specificare se possibile il problema clinico e la sua eventuale gravità</u>)
Tale richiesta sarà associata all'eventuale cancellazione della prenotazione CUP ove sia stata questa già formalizzata
Trani,

Firma