



AMBULATORIO MEDICO SOLIDALE  
 "S. Giuseppe Moscati"  
 Via Ing. D. Tolomeo 1  
 76125 TRANI (BT)  
 P. Iva 07820530728 • C. F. 92058770725



**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 (specificare se possibile il problema clinico e la sua eventuale gravità)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Tale richiesta sarà associata all'eventuale cancellazione della prenotazione CUP ove sia stata questa già formalizzata

Trani, .....

Firma