

All' Ufficio Politiche Sociali  
del Comune di Dolianova

**OGGETTO: L.R. 11/1985 – Integrazione documentazione.**

Beneficiario Legge Regionale 11/1985

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Come da legge di cui all'oggetto si trasmette certificazione sanitaria relativa:

al mese di \_\_\_\_\_ anno 20\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dolianova, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_