

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
