

All' Ufficio Politiche Sociali
del Comune di Dolianova

| |
|---|
| OGGETTO: L.R. 27/83 – Integrazione documentazione. |
|---|

Beneficiario Legge Regionale 27/83

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
