



Prot. N \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Al/Alla sig. / sig.ra \_\_\_\_\_

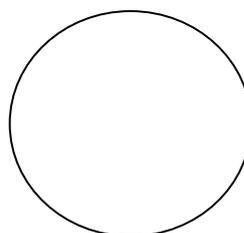
A richiesta dell'interessato,  
vista la dichiarazione dallo stesso prodotta ed acquisita agli atti da questa Azienda,  
per i soli usi consentiti dalla legge, con riferimento alla Delibera della Giunta Regionale n. 1036  
del 20/07/09 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della fornitura gratuita dei farmaci di  
fascia C da parte dell'AUSL di Imola,

si certifica che il nucleo di seguito riportato,

	Cognome e nome
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	

versa in condizione di indigenza ai sensi dell'art. 5 del Regolamento di assistenza economica  
dell'ASP Circondario Imolese e come tale è in carico/individuato dallo scrivente Servizio Sociale.

La presente attestazione è valida fino al 31.12.2018, salvo diversa disposizione regionale



L'operatore

Visto:il Responsabile

\_\_\_\_\_