



ALL' ENTE BILATERALE TERRITORIALE
DEL TERZIARIO DI ASTI

C.so Felice Cavallotti, 37 – 14100 ASTI (AT)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il
_____ e residente a _____ (AT) Via
_____ N. _____ Tel. _____

Dipendente della ditta _____ con sede
in _____ (____) Via _____ N.
_____ Tel. _____

Esercente l'attività di _____ nel
comune di _____ (____) Via
_____ N. _____ Tel. _____

CHIEDE

Di poter ottenere il contributo per il sostenimento delle spese sanitarie riferite a figli disabili
effettuate nel periodo _____

A tale scopo allega:

- Copia delle ultime tre buste paga precedenti la data della domanda (per i dipendenti);
- Copia del documento attestante il versamento contributivo all'EBT di Asti degli ultimi tre mesi (per i commercianti);
- Copia dello stato di famiglia aggiornato;
- Certificazione medica del disabile rilasciata da Ente Pubblico.

Asti, _____

firma del richiedente

Le domande devono pervenire entro il mese di febbraio dell'anno successivo rispetto la data di effettuazione della spesa.

N.B. Per una corretta formulazione della domanda si prega di barrare le caselle che interessano