

Spett. le Ufficio Servizi Sociali
del Comune di San Sperate (CA)

Oggetto: Benefici L.R. 9/2004.

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____

il _____, residente in San Sperate, Via _____, n. _____

in qualità di beneficiario L.R. 9/2004, chiede la liquidazione delle provvidenze.

Allega:

certificazione ospedaliera.

Distinti saluti.

San Sperate, _____

Firma
