Azienda USL 12 di Viareggio
Ospedale Versilia
Via Aurelia 335, 55041 Lido di Camaiore (LU)
Centralino 0584.6051

Alla Direzione Sanitaria Aziendale

Si attesta che la sig.ra _____ svolge presso questa struttura terapia oncologica che può determinare alopecia.

_____
Firma e timbro dello specialista

La sottoscritta _____ nata il _____

a_____ e residente in via_____

a _____ cap_____ telefono_____

Chiede che sia attivata la procedura di rimborso prevista dalla DGR n. 738/06 e stabilita dalla DGR 588/10 per un importo massimo annuo rimborsabile di € 300,00 secondo le seguenti modalità:

☐ Assegno non trasferibile

☐ Dati bancari:

Banca_____ Agenzia n._____

Indirizzo_____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A tal fine si allega lo scontrino o la ricevuta fiscale relativo all'acquisto della parrucca.

Lido di Camaiore, _____ _____
Firma dell'interessata

Il presente modulo deve essere presentato, direttamente dalla donna o tramite le Associazioni di donne o di volontariato o tramite altre strutture e/o unità operative aziendali eventualmente individuate da ciascuna Azienda Sanitaria, alla Direzione Sanitaria Aziendale della Azienda USL di residenza dell'utente.