\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al **DIRETTORE GENERALE I.R.A.S.**

Via Giacomo Giro, 3

45100 ROVIGO RO

(mail:[**irasrovigo@pec.it**](mailto:irasrovigo@pec.it))

**Oggetto: ISTANZA DI RILASCIO DICHIARAZIONE SPESE SANITARIE E DI RILIEVO SANITARIO – ANNO 2019**

Con riferimento al Sig. / alla Sig.ra ………………………………………………………………………………………………….. Ospite di codesta Struttura - Reparto ……………………..……………………………………….………………………………

il / la sottoscritto/a ……………………………………………………………..., nato/a a …………………………………………

il ……/……/…………. e residente a …………………………………………Via ..…………………………………………………….

Tel.: ………………………………………. – E-mail: …………………………………………………………………………………………

**R I C H I E D E**

In qualità di:

 parente  tutore / amministratore di sostegno  altro …………………….………………….

il rilascio della dichiarazione riguardante le spese sanitarie e di rilevanza sanitaria, non coperte dal contributo e quindi rimaste a carico, sostenute nell’anno 2019 per l’Ospite suindicato.

E’ consapevole che l’I.R.A.S. rilascerà la dichiarazione intestata esclusivamente all’Ospite.

…………………………………………………………………………

*(firma)*