



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina 263/n Messina

P.IVA: 03051870834

Domanda di richiesta benefici art. 26 DL. n ° 18 17.03.2020

sottoscritt nat a

il / / residente in via

Codice Fiscale Documento di identità

allegato in copia n° del / / rilasciato dal

recapito telefonico n°

chiede il rilascio di una certificazione medica al fine di poter ottenere i benefici previsti dall'art. 26, del D.L. in argomento, qualora per le patologie di cui sono affetto/a ne ho diritto.

Allego alla presente i documenti di seguito specificati:

1. copia del verbale della Legge 104 del 05/02/1992, con la patologia riconosciuta;
2. copia fronte/ retro del documento di identità e del codice fiscale;
3. modello di certificato medico compilato dal proprio medico di medicina generale;
4. copia della documentazione specialistica di struttura pubblica, relativa alla patologia per la quale potrebbe rientrare nei dettami della normativa in argomento;
5. indirizzo Email o P.E.C. presso cui dovrà essere inviato il certificato medico-legale.

Luogo , data

Firma