



Spett.le
Fondazione Opera Caritas San Martino
Piazza Martiri di Belfiore, 4
25121 Brescia

La Parrocchia _____ di _____

RICHIEDE

di poter provvedere in favore del/della sig./sig.ra:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ provincia _____

in via _____ al n. _____

codice fiscale _____

Tel. _____ Email _____

Professione _____

al pagamento della spesa sanitaria di seguito esposta:

_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

per un totale di € _____

Elementi idonei a comprendere il bisogno sanitario, familiare, sociale ed economico della persona per la quale viene richiesto l'intervento)

Allegati:

- Autorizzazione alla privacy
- Copia prescrizione medica
- ISEE del nucleo familiare
- Preventivo della spesa richiesta (es.: occhiali, intervento odontoiatrico, ecc.)

Se autorizzato, si chiede di specificare la modalità:

- versamento sul c/c di riferimento (studio medico, ambulatorio, negozio ottico, ecc...)

Intestazione c/c _____

IBAN _____

- versamento sul c/c della suddetta parrocchia:

- Intestazione c/c _____

- IBAN _____

In fede,

Il Parroco

(timbro e firma)