



COMUNE DI PRESICCE
CITTA' DEGLI IPOGEI E DELL'OLIO
PROVINCIA DI LECCE

Oggetto: domanda di inserimento nell'elenco del servizio gratuito consegna farmaci a domicilio

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita: _____

Codice fiscale

Indirizzo consegna _____

Medico _____ codice di esenzione _____

dichiaro

di avere i requisiti necessarie per partecipare al progetto " servizio gratuito consegna farmaci a domicilio."

chiede

pertanto di poter usufruire del servizio gratuito consegna farmaci al domicilio sopra indicato.

Presicce li _____

Firma _____