

Il sottoscritto ..... di anni .....  
nato a ..... il ...../...../..... e residente a Monzuno  
.....  
codice fiscale ..... - tel. ....

chiede

l'ammissione al **servizio di podologia** per prestazioni di tipo:

*(barrare la casella interessata)*

- ambulatoriale  
 domiciliare (allegare certificazione medica)

e per la determinazione della relativa tariffa

*(barrare la casella interessata)*

dichiara di essere in possesso di valida **Dichiarazione Sostitutiva Unica** e la relativa attestazione INPS-ISEE n. .... del .....

dichiara di accettare la tariffa massima.

In fede

lì, .....

.....