

	Amministrazione destinataria Regione Abruzzo  Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	---	--

## Domanda di attivazione del servizio di consegna farmaci a domicilio

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di consegna farmaci a domicilio

<input type="radio"/>	per sè stesso										
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato										
	Cognome			Nome			Codice Fiscale				
	Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
	Residenza										
	Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
	In qualità di (*)										

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

per il seguente motivo										
Motivazione										

