

RICHIESTA INVALIDITA' e 104

NOME _____ COGNOME _____ NATO IL _____
RESIDENTE A _____ IN _____

DOCUMENTI

- *CARTA DI IDENTITÀ*
- *TESSERA SANITARIA*
- *MANDATO (in allegato)*
- *PRIVACY (in allegato)*
- *TELEFONO RICHIEDENTE* _____
- *EMAIL RICHIEDENTE* _____
- *CERTIFICATO TELEMATICO (attestato di trasmissione certificato medico)*
- *MODULO AP70 compilato in tutte le sue parti per tutti gli Over 65, con timbro posta o banca nelle sezioni richieste del modello.*

N.B. PER I MINORI DEVONO SPECIFICARE SIA AL MEDICO CURANTE SIA A NOI CHE RICHIEDONO ANCHE SOSTEGNO SCOLASTICO

NB: TUTTI I DOCUMENTI DEVONO ESSERE INVIATI CON FILE SEPARATI E LEGGIBILI E NON SUPERIORI A 1 MB

CAF
345.9971504
caf@cedan.it

PATRONATO
393.8809469 / 348.6231260
patronato@cedan.it

CEDAN S.R.L.S. PIAZZA DON BOSCO 1/B 90143 PALERMO

convenzionato con:
ANIEF udir
EUROSOFIA