



A.S.L. BI
Azienda Sanitaria Locale
di Biella



I.R.I.S.
Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali
Biella

Il/la sottoscritto/a in qualità di
diretto interessato oppure (indicare grado di parentela)
del/della sig./sig.ra
residente a in
merito alla richiesta di valutazione UVG a favore del/della medesimo/a, dichiara di non presentare
la certificazione ISEE e di essere consapevole che il punteggio economico assegnato sarà pari a 0
(zero).

Firma

.....

....., lì.....