

**CENTRO ACCOGLIENZA BAMBINO E FAMIGLIA**

Servizio Sociale

Telefono: 010 56362111

Genova, \_\_\_\_\_

Spett.le

Direzione Sanitaria

S E D E

**Oggetto: richiesta voucher “Assegno Amico”**

A favore del paziente \_\_\_\_\_

in cura presso l’UOC/UOSD \_\_\_\_\_

SI RICHIEDONO N° VOUCHER: \_\_\_\_\_

L’Assistente Sociale

\_\_\_\_\_

Genova, \_\_\_\_\_

Si consegnano in data odierna i voucher richiesti.

La Direzione Sanitaria