

CENTRO ACCOGLIENZA BAMBINO E FAMIGLIA

Servizio Sociale

Telefono: 010 56362111

Genova, _____

Spett.le

Direzione Sanitaria

S E D E

Si consegnano N° _____ voucher “Assegno Amico” per il paziente
_____ in cura presso l’UOC/UOSD
_____ per intervento di sostegno a carattere economico
relative alle spese del mese di _____:

- Vitto*
- Alloggio*
- Acquisto farmaci*
- Acquisti generi personali*
- Trasporti*
- Altro*

Il Genitore

L’Assistente Sociale
