



Congregazione delle Suore Salesiane dei Sacri Cuori

ISTITUTO FILIPPO SMALDONE



Centro di Riabilitazione

Scuola Paritaria: dell'Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado

Via Tor de' Schiavi 404 - Roma

Domanda d'inserimento della lista d'attesa

Io sottoscritto _____
nato/a a _____

il _____, in qualità di:

- Tutore/Genitore dell'Interessato
- Esercente la potestà sul minore Interessato

chiedo di:

- Iscrivere il minore _____

nato/a a _____ il _____,

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Via _____

Alle liste d'attesa per il Trattamento di Riabilitazione presso l'Istituto Filippo Smaldone di Roma – sito in Via Tor de' Schiavi, 404.

A tale proposito dichiaro di :

di inviare via Fax (06/2590605) ,la domanda con la diagnosi medico specialistica e i miei dati personali,

Recapito telefonico: _____

Mail : _____

Data

Firma Genitore/Tutore dell'Interessato

.....
