



**ASSISTENZA ODONTOIATRICA ATTESTAZIONE DI**

**VULNERABILITA' SOCIALE**

**SI ATTESTA** che la / il Sig./Sig.ra .....

Codice Fiscale ..... residente a .....

via..... ,

recapito telefonico .....

**Rientra**, ai sensi della DGR n. 315 del 19.03.2018, nella condizione di

**VULNERABILITA' SOCIALE**

Codice identificativo .....

**N.B. Il costo del manufatto e del materiale ortodontico è sempre a carico del paziente.**

Data .....

Timbro e firma del  
Dirigente Medico