



ASL Sulcis Iglesiente

Azienda socio-sanitaria locale n. 7

PER INFORMAZIONI:

- **SEDE CARBONIA** – Via della Costituente snc
Dal Lunedì al Venerdì dalle 9,00 alle 12,00 - Tel. 0781/6683934
Mail: igienepubblica.carbonia@aslsulcis.it
- **SEDE IGLESIAS**-Via Gorizia snc
Il Martedì dalle 9,00 alle 12,00 - Tel. 0781/3922977
Mail: igienepubblica.iglesias@aslsulcis.it

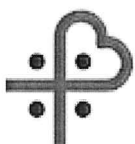
CONTRASSEGNO INVALIDI

- ✓ **VERSAMENTO €26,00** secondo le seguenti modalità:
 - **Sportelli Ticket Aziendali (CUP) presso:**
Distretto Sanitario Locale (Ex Inam), piazza San Ponziano Carbonia,
Presidio Ospedaliero **SIRAI** Carbonia,
 - Presidio Ospedaliero **C.T.O** e **Santa Barbara** di Iglesias.
 - Poliambulatori (**Giba, Carloforte e Sant'Antioco**).
 - **Bonifico Bancario** IBAN – IT90B0101543850000070783298 intestato ad Azienda Socio Sanitaria Locale N.7 SULCIS IGLESIENTE.
 - Causale: Richiesta contrassegno invalidi.
- ✓ **VERBALE L. 104 1992 CON LA PRESENZA DI UNO DEI SEGUENTI ARTICOLI:**
(**ART. 381 del DPR 495/992**) (**ART. 8 della legge 449/1997**) (**ART. 30, Comma 7 L. 388/2000**)

OPPURE

- ✓ **VALUTAZIONE FUNZIONALE SPECIALISTA (Fisiatra, Ortopedico, Geriatra ecc.)**
- ✓ **DOCUMENTO D'IDENTITÀ E TESSERA SANITARIA**

- ✓ **IL GIORNO** _____ **ALLE ORE** _____



ASL Sulcis Iglesiente

Azienda socio-sanitaria locale n. 7

PER INFORMAZIONI:

- **SEDE CARBONIA** – Via della Costituente snc
Dal Lunedì al Venerdì dalle 9,00 alle 12,00 - Tel. 0781/6683934
Mail: igienepubblica.carbonia@aslsulcis.it
- **SEDE IGLESIAS**-Via Gorizia snc
Il Martedì dalle 9,00 alle 12,00 - Tel. 0781/3922977
Mail: igienepubblica.iglesias@aslsulcis.it

CONTRASSEGNO INVALIDI

- ✓ **VERSAMENTO €26,00** secondo le seguenti modalità:
 - **Sportelli Ticket Aziendali (CUP) presso:**
Distretto Sanitario Locale (Ex Inam), piazza San Ponziano Carbonia,
Presidio Ospedaliero **SIRAI** Carbonia,
 - Presidio Ospedaliero **C.T.O** e **Santa Barbara** di Iglesias.
 - Poliambulatori (**Giba, Carloforte e Sant'Antioco**).
 - **Bonifico Bancario** IBAN – IT90B0101543850000070783298 intestato ad Azienda Socio Sanitaria Locale N.7 SULCIS IGLESIENTE.
 - Causale: Richiesta contrassegno invalidi.
- ✓ **VERBALE L. 104 1992 CON LA PRESENZA DI UNO DEI SEGUENTI ARTICOLI:**
(**ART. 381 del DPR 495/992**) (**ART. 8 della legge 449/1997**) (**ART. 30, Comma 7 L. 388/2000**)

OPPURE

- ✓ **VALUTAZIONE FUNZIONALE SPECIALISTA (Fisiatra, Ortopedico, Geriatra ecc.)**
- ✓ **DOCUMENTO D'IDENTITÀ E TESSERA SANITARIA**
- ✓
- ✓ **IL GIORNO** _____ **ALLE ORE** _____