

## Richiesta Bonus spese sanitarie

All'Assessore ai Servizi Sociali  
del Comune di Casale M.mo

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00

Riservato al Comune:

Domanda n.

#### Generalità del richiedente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

#### Residenza anagrafica::

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

Comune di Casale Marittimo

Provincia di Pisa

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

*Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,*

### DICHIARA

La composizione della famiglia come appresso generalizzata (compreso il richiedente):

Num. d'ord	Rapp.to di parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità, non è superiore a € 8.000,00.

Dichiara inoltre di essere residente nel Comune di Casale Marittimo da almeno 1 anno.

### **CHIEDE**

di poter usufruire del bonus spese sanitarie per l'acquisto di farmaci presso la farmacia comunale di Casale M.mo.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

FIRMA

*Allegati:*

1. Fotocopia non autenticata di documento di identità.
- 2.
- 3.
- 4.

*La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma ai sensi del D.P.R. n. 445/00.*

Ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti comunali in materia.