

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.