

**Amministrazione destinataria**

Comune di Porcari

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

Richiesta contributi a rimborso parziale delle spese per acquisto di medicinali e altre spese sanitarie**Il sottoscritto**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

a codesta Amministrazione l'assegnazione del contributo una tantum di cui alla Deliberazione della Giunta Comunale n. 90 del 16.07.2024 e che l'eventuale contributo spettante venga accreditato sul conto corrente intestato a

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

☐ il sottoscritto è intestatario del conto corrente☐ l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☐ di essere residente nel Comune di Porcari

il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☒ copia dell'attestazione ISEE
- ☒ copia riferimenti IBAN
- ☒ fotocopia di tutti gli scontrini fiscali per acquisto di farmaci, fatture relative a visite specialistiche, ticket per prestazioni erogate dal SSN, certificazioni per accesso all'indennità di accompagnamento per invalidi civili e legge 104
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Porcari

Luogo

Data

il dichiarante