

DOMANDA DI ACCESSO ALL'EROGAZIONE GRATUITA DI PROTESI DENTARIE MOBILI

(art. 47 Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di Documentazione Amministrativa –
D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Modulo per persone in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Residenza nel territorio della ASL3; b) compimento del 65° anno di età;**
c) dichiarazione ISEE inferiore a € 8.300,00.

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

(telefono _____ cellulare _____)

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

L'erogazione di protesi dentaria di cui alle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 1551/05 e n. 164/06.

A tal fine, allega i seguenti documenti:

1. Dichiarazione ISEE, rilasciata dagli enti competenti, riferita al periodo d'imposta precedente a quello di presentazione della domanda;
2. Copia del proprio documento di identità in corso di validità.

DICHIARA

- di essere residente a _____ Via _____

Cap. _____ Codice Fiscale _____

- di essere a conoscenza del fatto che le domande (corredate della necessaria documentazione), saranno esaminate e soddisfatte in ordine cronologico di presentazione e nei limiti della disponibilità dei fondi derivanti da finanziamento regionale;

- di autorizzare l'ASL al trattamento dei propri dati personali finalizzati all'espletamento della procedura in argomento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Data _____

Firma del Dichiarante
