

AL DISTRETTO SANITARIO di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**SPERIMENTAZIONE REGIONALE INERENTE IL VACCINO PER LE  
ALLERGOPATIE RESPIRATORIE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN  
MARTINO**

COGNOME

NOME

Il Sig. /a ..... (di seguito indicato Richiedente)

nato/a a ..... (Prov. ....) il .....

codice fiscale

residente in

Via.....

Città ..... CAP..... Provincia ..... tel. ....

Sesso  F  M

**Medico prescrittore**

Nome e Cognome .....

Indirizzo.....

.....

*In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):*

COGNOME

NOME

il Sig./ a .....

codice fiscale

Residente in Via.....

Città ..... Cap..... Provincia ..... tel.....

in qualità di:

rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc. ....)

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela .....

per conto del RICHIEDENTE

**CHIEDE**

- di beneficiare del rimborso del 50% delle spese sostenute per l'acquisizione del vaccino per allergopatie respiratorie (reddito ISEE inferiore a 30.000 euro/anno; il limite di reddito è elevato a euro 40.00,00/anno qualora nello stesso nucleo familiare sia presente più di un soggetto allergico coinvolto nella sperimentazione)
- che il rimborso venga liquidato tramite:
  - accreditamento su C/C bancario o postale

**NOTA BENE: IL PAGAMENTO PUO' ESSERE ESEGUITO SOLO CON VERSAMENTO SU CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE CHE DEVE NECESSARIAMENTE ESSERE INTESTATO AL DESTINATARIO**

Denominazione della Banca o Banco Posta \_\_\_\_\_  
 (indicare l'agenzia o ufficio postale) \_\_\_\_\_

Codice IBAN:

CIN	ABI	CAB	numero del conto
I   T			

**A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.**

**DICHIARA CHE**

**IL RICHIEDENTE**

è cittadino italiano

*oppure*

è cittadino comunitario (**allegare attestazione anagrafica rilasciata dal Comune di residenza**)

*oppure*

è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a euro \_\_\_\_\_ come da allegata certificazione.

**Allega alla presente:**

piano terapeutico rilasciato da specialista in Allergologia e Immunologia Clinica, in rapporto di dipendenza o convenzione con il SSR presso struttura pubblica

certificazione ISEE

copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, *nel caso di cittadino extracomunitario.*

documentazione delle spese sostenute.

**Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.**

**Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.**

**Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui sopra.**

**Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione del rimborso delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino.**

***IL DICHIARANTE***

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

*(allegare fotocopia del documento di identità)*