AL DISTRETTO SOCIOSANITARIO di _____

_____

_____

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 CURANTE

Nome e Cognome ……

Recapito ……..

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 AI SENSI DELLA DGR N°74 DEL 30 GENNAIO 2009

- di beneficiare **del rimborso delle spese sostenute per l'acquisizione di farmaci in fascia C**, secondo le seguenti modalità: *(barrare una sola casella):*
  - ❑ totalmente gratuita (valore ISEE fino a 20.000,00 euro)
  - ❑ parzialmente gratuita, rimborsata al 70% (valore ISEE superiore a 20.000,00 e pari o inferiore a 40.000,00 euro)

all. 1

- 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|	|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

❑ assegno circolare

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

IL RICHIEDENTE

❑ è cittadino italiano o U.E.
oppure

❑ è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo **(allegare copia del permesso di soggiorno)**
oppure

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

❑ 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:

❑ fotocopia libretto sanitario con codice di esenzione

❑ piano terapeutico rilasciato da 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 della legge 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 della misura economica per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

_____ (data)

_____ (firma)
(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)

all. 1