

MODELLO DI DOMANDA

Al Signor Sindaco del Comune di

OGGETTO: RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO STRAORDINARIO IN FAVORE DEI CITTADINI AFFETTI DA PATOLOGIE RARE PER LA FORNITURA DEI FARMACI DI FASCIA C - D.G.R. N. 321 DEL 25/06/2024.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ e residente a _____
Prov. _____ in Via _____ n. _____
Cell. _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di:

diretto/a interessato/a altro familiare (specificare _____) tutore
di Nome e Cognome _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____
_____ in Via _____ n. _____
Cell. _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARA

- di essere affetto/a da patologia rara, di cui all'elenco allegato al DPCM 12/01/2017;
- di essere in possesso di idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C per i quali si chiede il contributo;
- di essere in possesso di ultima dichiarazione ISEE pari ad € _____;

CHIEDE

> il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C, di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali;

> indica come modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

- accredito in c/c intestato a proprio nome _____
- indicare eventuale cointestatario _____
- bancario IBAN _____ (allegare copia)
- postale IBAN _____ (allegare copia)

ALLEGA:

- copia documento di riconoscimento;
- copia idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C;
- copia ISEE ordinario;
- copia scontrini fiscali che attestino l'effettivo acquisto dei farmaci fascia C;
- copia codice IBAN.

_____, li _____

Firma
