

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
trovandosi in condizione di disagio economico

**CHIEDE**

in attuazione degli artt. 32 e 38 della Costituzione (tutela del diritto primario alla salute), un contributo straordinario quale rimborso parziale per le **SPESE SANITARIE** relative all'anno **2021**.

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare, alla data della domanda, è composto dalle seguenti persone:

	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data e luogo di nascita</b>	<b>Relazione di parentela</b>
1				
2				
3				
4				
5				

A tal fine allega alla presente autocertificazione:

- a) Modello ISEE relativo all'ultima dichiarazione dei redditi disponibile non superiore ad euro 4.500,00.
- b) Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente.

Per spese sanitarie, da comprovare mediante la produzione di idonea certificazione medica e/o fiscale, devono intendersi quelle relative a:

- 1. acquisto di farmaci (con esclusione dei parafarmaci);
- 2. visite specialistiche a carico del paziente ed analisi di laboratorio documentate (con esclusione di trattamenti estetici o fitoterapici)

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che i dati dichiarati saranno soggetti a controllo, ai sensi degli artt. 71 e segg. del T.U. 445/2000 e s.m.i, e che qualora si rilevi la presenza di dichiarazioni false e mendaci, fatta salva la segnalazione all'Autorità Giudiziaria per i provvedimenti di competenza, l'Ufficio provvederà al recupero dovuto.*

Foggiano li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/la richiedente

\_\_\_\_\_