

ISTANZA PER IL RIMBORSO DI SPESE SANITARIE E FARMACI DI FASCIA "C"

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL

COMUNE DI MELENDUGNO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ Email _____

CHIEDE

La concessione di un rimborso economico per l'acquisto di **farmaci di fascia C** e/o spese sanitarie.

DICHIARA (ai sensi del D.P.R. 445/2000)

- Di essere residente nel Comune di _____;
- Di possedere un'attestazione **ISEE** (ordinario/corrente) in corso di validità non superiore a € **7.500,00** (Valore ISEE dichiarato: € _____);
- Che le spese per le quali si chiede il rimborso sono riferite a farmaci di fascia C regolarmente prescritti o prestazioni sanitarie necessarie per sé o per un componente del proprio nucleo familiare;
- Di non aver ricevuto altri contributi pubblici per le medesime spese oggetto della presente istanza.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE (Obbligatoria per lo "Scudo Legale")

- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità;
- ☐ Copia dell'attestazione ISEE;
- ☐ **Originali/Copie degli scontrini fiscali** o fatture (con indicazione del Codice Fiscale);
- ☐ Copia delle prescrizioni mediche relative ai farmaci di fascia C acquistati;
- ☐ Coordinate bancarie/postali (IBAN) per l'accredito: IT _____

INFORMATIVA E RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto è consapevole che l'Amministrazione procederà a controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e che, in caso di esaurimento del budget di € 10.000,00, l'ordine di liquidazione seguirà il criterio cronologico di arrivo delle istanze (fino a esaurimento fondi).

Data _____ Firma del richiedente _____