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. 334 DEL 23.10.2023

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 _____ e 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.

_____, lì _____

Firma

_____