

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

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

un contributo per le spese sostenute per l'acquisto dei farmaci di fascia C pari ad Euro _____;

> 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 scontrini e/o fatture di pagamento;
- copia ISEE ordinario;
- copia codice IBAN.

_____, li _____

Firma
