

Amministrazione destinataria
Comune di Lumezzane

Ufficio destinatario
Servizi socio - assistenziali

Domanda di concessione di un contributo al sostegno economico per il rimborso di spese sanitarie

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

di essere ammesso a beneficiare della prestazione sociale agevolata per il rimborso di spese sanitarie

<input type="radio"/>	per sé stesso		
<input type="radio"/>	per il proprio nucleo familiare		
<input type="radio"/>	per conto di terzi		
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che il destinatario della prestazione è in possesso dei requisiti previsti dall'accordo stipulato annualmente tra amministrazione comunale e le organizzazioni sindacali dei pensionati
- di prendere atto che l'ufficio servizi alla persona del Comune di Lumezzane ha la facoltà di rimodulare l'importo complessivo annuo del contributo, in ragione delle disponibilità di bilancio
- di essere in possesso di un'attestazione ISEE pari o inferiore a 12.000,00 € in corso di validità

COMUNICA

la modalità del rimborso dei ticket sanitari

tramite bonifico bancario o postale
pertanto allega la copia del codice IBAN

in contanti presso la tesoriera comunale Unicredit Banca SPA (senza spese) dopo il ricevimento dell'avviso di pagamento

per conto di terzi

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata							

pertanto allega copia del documento d'identità e codice fiscale del delegato

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati
(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia del documento d'identità e codice fiscale del delegato

copia del codice IBAN

copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali
(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Lumezzane		
Luogo	Data	Il dichiarante