



Amministrazione destinataria

Comune di Azzano San Paolo

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

Domanda di concessione del bonus farmaci 2024

Il sottoscritto

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

altro sottoscritto

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

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione di un contributo per il contenimento delle spese sostenute nel 2024 per

- l'acquisto di farmaci e/o prodotti farmaceutici
- l'acquisto di presidi ortopedici, ausili e prodotti per riabilitazione

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il contributo massimo è pari a 130,00 € per ogni domanda presentata e sarà erogato a rendicontazione (cioè dietro presentazione di copie di scontrini parlanti/copie di fattura riportanti il codice fiscale del richiedente)
- in caso di richieste presentate da due soggetti appartenenti allo stesso nucleo familiare il contributo sarà rideterminato con un valore complessivo di 200,00 €
- che il proprio ISEE ordinario è inferiore a 16.000,01 € e risulta pari a

che il protocollo della Dichiarazione Sostitutiva Unica è:

Importo

€

che sottoporrà all'Amministrazione comunale solo una volta nell'arco del 2024 la presente domanda

Protocollo dichiarazione unica

DICHIARA INOLTRE

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino comunitario
- di essere cittadino extracomunitario in possesso di titolo di soggiorno in corso di validità, della durata di almeno 1 anno

di aver speso per l'acquisto di farmaci e ausili

Dichiarazione somma spesa nell'anno 2024

Acquisto di farmaci e/o prodotti farmaceutici

Totale Spesa

Acquisto di presidi ortopedici di serie, ausili e prodotti per la riabilitazione

Totale complessivo

COMUNICA

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente del soggetto che ha presentato la domanda

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

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)

- copie di scontrini parlanti/copie di fattura riportanti il codice fiscale del richiedente relative all'anno 2024
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

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.

Azzano San Paolo

Luogo

Data

il dichiarante