COMUNE DI SEPINO

Provincia di Campobasso

I Borghi più belli d'Italia

(ALLEGATO B)

Al Comune di Sepino
Servizi Sociali

MODELLO DI DOMANDA

Oggetto: RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO STRAORDINARIO IN FAVORE DEI CITTADINI AFFETTI DA PATOLOGIE RARE E IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' SOCIALE PER LA FORNITURA DEI FARMACI DI FASCIA C – D.G.R. N. 285 DEL 26-08-2021

Il/la sottoscritto/a Nome e Cognome_____ nato/a a_____ Prov. (___) il _____ e residente a_____ 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 _____ 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 residente nel Comune di Sepino;
- di essere in condizione di fragilità sociale, con ultima dichiarazione ISEE (pari o inferiore a 20.000 euro) €_____;

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per i farmaci di fascia C per l'importo complessivo di €_____ di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali.

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)

Si allegano:

- 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 di fascia C;
- copia codice IBAN.

Sepino, _____

Firma_____