

**Amministrazione destinataria**

Comune di Concesio

**Ufficio destinatario**

Ufficio Servizi Sociali

## Domanda per il contributo per il pagamento dei ticket sanitari, visite specialistiche ed esami di laboratorio

**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            |                      | Indirizzo            |                             | Civico               | Barrato                       |
| Provincia            | Comune               | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> | <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 del contributo economico a titolo di rimborso per il pagamento dei ticket sanitari relativi a visite specialistiche ed analisi cliniche

**COMUNICA**

- ☒ che la DSU, Dichiarazione Sostitutiva Unica, è stata rilasciata

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| Data rilascio DSU    | Numero protocollo INPS |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

- ☒ che il proprio ISEE relativo ai Redditi dell'anno precedente e che la spesa dei tickets sanitari sostenuta nell'anno precedente sono

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| Valore ISEE          | Spesa dei ticket sanitari |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>      |
| €                    | €                         |
| IBAN                 |                           |
| <input type="text"/> |                           |

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 ai fini della presente domanda di rimborso, il Sottoscritto non ha effettuato e non effettuerà analoga richiesta ad altra forma integrativa sanitaria o nel modello 730.

## DICHIARA INOLTRE

l'IBAN sul quale addebitare l'eventuale contributo per il pagamento dei ticket sanitari, visite specialistiche ed esami di laboratorio

### domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- ☐ il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- ☐ l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

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)*

- ☒ ricevute di pagamento e pezze giustificative relative a visite specialistiche o analisi cliniche
- ☐ 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.

Concesio

Luogo

Data

il dichiarante