

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'erogazione di sussidi economici finalizzati al rimborso della spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci – anno 2025.

Il sottoscritto

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale:

Nato/a

Il

Residenza anagrafica

Via		n. civico	
Comune	Campodarsego	provincia	PD

Contatti:

Telefono

Posta elettronica

CHIEDE

di poter beneficiare, ai sensi della Deliberazione di Giunta Comunale n. 96 del 02/07/2025, dei sussidi economici finalizzati al rimborso della spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci – anno 2025

A tale scopo il sottoscritto dichiara

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti normative per coloro che rendono attestazioni false o incomplete:

- di avere un'età superiore o uguale ad anni 70;
- che il nucleo familiare ha un ISEE pari o inferiore a € 12.000,00;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445 del 2000.
- di aver speso, nel 2025, per l'acquisto di farmaci, la seguente somma € _____;

Allegati obbligatori:

- documento d'identità del richiedente;
- scontrini acquisto farmaci;

Allegati eventuali:

Attestazione esenzioni 6R2 o una delle seguenti esenzioni 3G1, 3G2, 3L1, 3M1, 3C1, 3C3, 3N1, 3S1, 3V1, 3V2, F01.

Campodarsego (PD),

FIRMA

Informativa sul trattamento dei dati personali: i dati dichiarati verranno custoditi e trattati nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni, nonché del Regolamento (UE) 679/2016. Con la sottoscrizione della domanda il richiedente dichiara di essere a conoscenza che i dati personali, propri e del nucleo familiare cui deve essere riferita la condizione economica potranno essere utilizzati, oltre che per la determinazione e liquidazione del contributo oggetto di istanza, anche per i controlli di quanto dichiarato presso altri Enti o Organizzazioni come previsto dal DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

FIRMA
