

**RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DI BUONI
PER ACQUISTI FARMACIA COMUNALE**

Il/la sottoscritta/o

NOME _____

COGNOME _____

Nato a _____ prov. (_____) il _____

Residente a _____ in via _____

tel. _____ cell. _____ email _____

Richiede la concessione dei buoni spesa per acquisti buoni farmacia Comunale.

Dichiara di (barrare la casella interessata) :

- Essere in possesso della certificazione di Legge 104/92 art. 3 com. 3 (o avere una persona certificata ai sensi della L. 104/92 at.3 c.3. nel proprio nucleo familiare).
- Oppure
- Avere nel proprio nucleo uno o più componenti minori di età inferiore a 36 mesi.
- Oppure
- Essere in una particolare condizione socio-sanitaria con necessità di acquistare medicinali o presidi sanitari (spiegare brevemente la propria situazione e allegare prescrizione medica).

Dichiara Inoltre:

- Di avere un ISEE in corso di validità non superiore ad € 15.493,71.

Documenti allegati

- ISEE in corso di Validità
- Copia carta d'identità e codice fiscale
- Eventuali prescrizioni mediche

La presente ha valore di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 dpr 445/2000. Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Data, _____

Firma _____