Riservato all'Ufficio:

Data di presentazione: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Istanza di rimborso parziale dalla spesa sanitaria ("ticket")

anno 2021

Il/la sottoscritto/a: _____

nato/a a _____ il _____ / _____ /_____

residente in CUNEO,

indirizzo: _____

codice fiscale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

telefono/ cell:_____/_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nonché delle disposizioni previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., che prevedono la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera;
a conoscenza del fatto che possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità della situazione familiare, del reddito e dei patrimoni dichiarati, anche con l'ausilio di dati in possesso di altri Enti,

chiede

il rimborso parziale dalla spesa sanitaria (ticket) per l'anno 2021, sostenuta per sé e per i componenti del proprio nucleo famigliare convivente, fino ad un max. di € 50,00 per ciascun componente.
A tal fine

dichiara

❑ di aver presentato la dichiarazione sostitutiva unica della situazione economica complessiva del nucleo familiare in data |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| all'ente[1]_____ _____ prot. n|__|__|__|__|—|__|__|__|__|__|__|__|__|__|—|__|__|;
Dal calcolo effettuato dall'Ente predetto, che ha rilasciato la relativa attestazione in data |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|, risulta un **I.S.E.E.** di € |__|__|__|.|__|__|__|**,**|__|__| (< a € 5.000,00);

❑ di avere sostenuto una spesa sanitaria nell'anno in corso (relativa a prestazioni ambulatoriali e specialistiche) per sé e per i componenti del proprio nucleo famigliare convivente:

[1] Specificare a quale Ente è stata presentata o attestata la dichiarazione [ad esempio: Comune, Centro di assistenza fiscale (CAF), sede e agenzia Inps].

Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________
Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________
Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________
Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________
Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________
Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________
Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________
Cognome Nome ________________________________ importo spesa €. _____________

pari complessivamente a **€** _______________ (si allegano le relative ricevute di pagamento).

❑ che il contributo dovuto a rimborso (non superiore a € 50,00 per ciascun componente) può essere erogato con le seguenti modalità:

Conto corrente bancario / postale

intestato a: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODICE IBAN **(OBBLIGATORIO 27 CIFRE)**

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Banca |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Agenzia |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate esclusivamente ai fini della concessione del presente beneficio e potranno essere oggetto di divulgazione presso altri Enti pubblici per finalità istituzionali correlate al procedimento. Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle.

NORME PENALI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali assunte, ai sensi dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver compilato la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Il dichiarante

____

Cuneo, ______________

N.B.: *Nel caso in cui la domanda venga presentata da altra persona, la stessa dovrà presentare, unitamente alla domanda, una fotocopia del documento d'identità del firmatario.*

A cura dell'Ufficio:

Si attesta che la presente istanza, previo accertamento dell'identità personale mediante ______________________________________, è stata sottoscritta alla mia presenza dal/dalla signor/signora ____________________________

Cuneo, ________________

L'impiegato addetto

____