Riservato all'Ufficio:

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

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

anno 2015

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ / _____ /_____

residente in CUNEO,

indirizzo _____

codice fiscale _____

telefono _____

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 2014, 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] |__|__|__|__|

❑ 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 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: |__|__|__|